VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 123)
z dnia 13 marca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 123)

13 marca 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat: „Stan zdrowia oraz opieka pediatryczna i specjalistyczna nad dziećmi i młodzieżą (w tym bilanse zdrowia, dostęp do porad specjalistów, opieka nad dziećmi o szczególnych potrzebach zdrowotnych, np. przewlekle chorymi)".

W posiedzeniu udział wzięli: **Aleksander Sopliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Posobkiewicz** p.o. głównego inspektora sanitarnego wraz ze współpracownikami, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta RP, **Jolanta Wysocka** starszy specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Alicja Chybicka** prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Hanna Kozłowska** ekspert Pracodawców RP, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Michał Rytel** prawnik w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, **Małgorzata Syczewska** p.o. dyrektora Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", **Alicja Szatkowska** prezes Milickiego Stowarzyszenia Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wójcik** dyrektor Biura Związku Powiatów Polskich oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam serdecznie panie i panów posłów, panią senator, chociaż dzisiaj w innej roli – konsultanta krajowego czy przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Witam serdecznie panów ministrów ze współpracownikami i wszystkich państwa – zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. Oba te punkty są związane z tą samą dziedziną medycyny, czyli pediatrią. Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie przechodzimy do realizacji pkt 1 – rozpatrzenie informacji na temat stanu zdrowia oraz opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą, w tym bilansów zdrowia, dostępu do porad specjalistów, opieki nad dziećmi o szczególnych potrzebach zdrowotnych na przykład przewlekle chorych.

Oddaję głos panu, panie ministrze, jednocześnie nie ukrywając satysfakcji, że na posiedzeniu Komisji zajmujemy się tą tematyką, jak myślę, niezwykle ważną, bo mam wrażenie, że w dotychczasowej praktyce prac Komisji zbyt mało uwagi poświęcano pediatrii. Bardzo proszę, panie ministrze. Proszę też ewentualnie wskazywać, jeśli będzie taka potrzeba, osoby do kontynuowania wypowiedzi.

Przepraszam najmocniej pana prezesa Pakulskiego. Witam również pana prezesa ze współpracownikami. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, to ważny temat dzisiejszego posiedzenia Komisji. Chciałbym stwierdzić, że dzieci znajdują się pod

szczególną ochroną prawną naszego ustawodawstwa krajowego, a również, w związku z ratyfikacją przez Polskę umowy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, prosiłbym przysunąć odrobinę bliżej mikrofon, bo ta sala jest dość szczególna i tu nie zawsze dobrze słychać. Bardzo bym prosił.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w 2012 r. było 387.855 urodzeń. W stosunku do roku 2010 obserwujemy coroczny spadek liczby urodzeń o 0,6%.

W tym materiale, który postaraliśmy się przekazać Wysokiej Komisji i panu przewodniczącemu – jak pan przewodniczący na pewno zauważył, jest to bardzo obszerny materiał – zwracamy uwagę na takie aspekty jak opieka profilaktyczna. Odnośnie do tej opieki profilaktycznej, określamy i zwracamy uwagę na terminy badań przesiewowych, rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli chodzi o opiekę profilaktyczną nad dziećmi do końca 18 roku życia, czy położnej i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. W tym szerokim materiale zwracamy także uwagę na szczepienia ochronne i na zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – informujemy o tym, jakie są świadczenia, jak często są wykonywane, jak są finansowane z zakresu lecznictwa szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Poza tym, zwracamy również uwagę na ochronę dzieci uprawiających sport. Szczególną uwagę poświęcamy opiece nad dziećmi niepełnosprawnymi, nad dziećmi, które chorują na choroby przewlekłe, a także wymieniamy i określamy programy lekowe. Przedstawiamy ponadto rolę „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" i zwracamy uwagę na program kompleksowej diagnostyki i terapii w profilaktyce powikłań wad rozwojowych. W tym bogatym materiale przedstawiamy również „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce", „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLCARD", a także informację dotyczącą dostępności do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej. To są te elementy, na które zwracamy uwagę w tym szerokim materiale.

Teraz nie wiem, czy mam omawiać poszczególne elementy i segmenty opieki pediatrycznej, czyli opiekę profilaktyczną, lecznictwo specjalistyczne, szczepienia, czy też… Bo to jest bardzo szeroki materiał. Stąd moje pytanie do pana przewodniczącego, czy może to odbędzie się w formie pytań, stwierdzeń, na które następnie udzielimy odpowiedzi, bo ten materiał jest bardzo obszerny.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Już odpowiadam. Panie ministrze, rzeczywiście, materiał jest bardzo obszerny. Oczywiście, nie chodzi o to – byłoby to zresztą niemożliwe – żeby pan to wszystko przeczytał ani nawet…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Nie tylko przeczytałem, panie przewodniczący, ale też się przygotowałem…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście. Nie wątpię, panie ministrze. Ja daję wolną rękę panu ministrowi. Jeżeli pan mnie pyta o sugestię w tej sprawie, proponowałbym omówienie najważniejszych spraw z poszczególnych zagadnień, nie tyle oceniając przyszłość, ile bardziej koncentrując się na sytuacji aktualnej – bo tu mamy również dane z przeszłości – i ewentualnie naszych wspólnych zadaniach, czyli ministerstwa i Sejmu, na przyszłość, czy te zadania są realizowane wyłącznie przy pomocy i wsparciu konsultantów krajowych. Proponowałbym ten sposób, panie ministrze. Alternatywą jest – jeżeli pan pyta mnie o sugestię – po pana krótkim, ogólnym wprowadzeniu, oddanie głosu poszczególnym konsultantom krajowym, którzy ewentualnie przedstawią swoje uwagi przed zadawaniem pytań przez posłów. Myślę, że chyba tak będzie najbardziej merytorycznie. Być może dzięki temu część pytań będzie nieaktualna lub będą one bardziej precyzyjne. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. W związku z tym, skoncentruję się na tych najistotniejszych i najważniejszych problemach.

Takim najważniejszym i najistotniejszym elementem, jeżeli chodzi o pediatrię, jest przede wszystkim opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 18 roku życia. W ostatnim okresie, jeżeli chodzi o terminy i badania bilansowe z zakresu profilaktycznych badań lekarskich oraz testy przesiewowe, zwiększyliśmy ich częstotliwość.

Chciałbym podkreślić bardzo ważną rzecz, że realizacja świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej przez lekarza POZ przebiega właściwie, bowiem, według danych z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, wykonanie profilaktycznych badań lekarskich przez lekarzy POZ jest bliskie 90%. Jeżeli chodzi o te badania, nie mamy żadnych zastrzeżeń.

Oczywiście, jeżeli chodzi o badania wśród uczniów, wyniki wahają się w zależności od typów szkół. Większy procent – prawie 99 – jest w rocznikach młodszych, natomiast w szkołach średnich, i w zależności od typu szkoły, około 80%. Dodam, że w badaniach bilansowych, oprócz badań profilaktycznych, szczególną uwagę zwracamy również na szczepienia. Muszę powiedzieć, że wszczepialność jest bardzo dobra. Mamy prawie 99% wyszczepialności. Czyli, można powiedzieć, że opieka profilaktyczna jest na dobrym poziomie.

W tej profilaktyce, i w badaniach bilansowych, szwankują badania stomatologiczne, a to z tego względu, że rodzice nie zgłaszają się do stomatologów ze swoimi dziećmi na badania stomatologiczne, a jest obowiązek obecności rodzica przy takim badaniu czy leczeniu. W związku z tym, mamy olbrzymi problem z leczeniem próchnicy u dzieci. I na to chcielibyśmy zwrócić uwagę planując dalsze programy.

Oczywiście, te badania profilaktyczne są ukierunkowane w stronę badań specjalistycznych – jest dobra współpraca między lekarzem POZ a poradniami specjalistycznymi. Jeżeli chodzi o szczepienia, o realizację zatwierdzonego przez Wysoką Izbę kalendarza szczepień, jest on właściwie realizowany. Poza lekarzem POZ, ważną rolę w świadczeniach profilaktycznych w pierwszym okresie po urodzeniu odgrywa położna POZ, a w następnym pielęgniarka i pielęgniarka profilaktyki w medycynie środowiska i nauczania. To są te elementy systemu organizacyjnego. O kosztach – ile to kosztuje – na pewno będzie tutaj mówić pan prezes.

Jeżeli chodzi o leczenie specjalistyczne, to muszę powiedzieć, że realizujemy 13 programów lekowych. Są one realizowane w wybranych zespołach chorób dziecięcych, tych bardziej rzadkich. Te programy lekowe, w stosunku do lat poprzednich, zostały rozszerzone.

Jeśli chodzi o lecznictwo specjalistyczne, musimy powiedzieć, że czas pobytu pacjentów pediatrycznych w oddziałach szpitalnych jest coraz krótszy. Nacisk jest położony głównie na specjalistyczne lecznictwo ambulatoryjne.

Natomiast, jeżeli chodzi o sytuację opieki zdrowotnej nad dziećmi chorymi, to muszę powiedzieć, że w ostatnich latach liczba tych przypadków wzrasta. Ten wskaźnik jest dość znaczący. W chorobach przewlekłych najczęściej występującym schorzeniem są zniekształcenia kręgosłupa.

A skoro jestem przy zniekształceniach kręgosłupa, muszę powiedzieć, że lekarze POZ zajmują się również kwalifikacjami z zakresu medycyny sportowej, ale tylko w zakresie tak zwanego współzawodnictwa szkolnego. Natomiast, jeżeli młodociany już jest zawodnikiem, to kwalifikacją zajmuje się lekarz ze specjalizacją w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat, który kwalifikuje uczniów do zawodów i ma odpowiedni nadzór nad tymi zawodnikami. To są te elementy.

Jeżeli chodzi o programy lekowe, to mamy programy dotyczące leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B z zastosowaniem interferonu rekombinowanego, leczenia glejaków mózgu, leczenia przewlekłej białaczki szpikowej, zapobiegania krwawieniom, jeżeli chodzi o hemofilię A i B – tu młodzież do 20 roku życia ma zabezpieczone leczenie przy pomocy czynnika VIII lub IX, leczenia dzieci z niskim wzrostem, leczenia ciężkich wad wrodzonych, a także leczenie choroby Gauchera, choroby Pompego,

mukopolisacharydozy, przewlekłych zakażeń i chorób płuc. To są programy lekowe, jakie prowadzimy.

W ubiegłych latach prowadzona była szeroka dyskusja na temat profilaktyki i leczenia zakażeń wirusem RS. Wprowadziliśmy tę profilaktykę, a przede wszystkim ją rozszerzyliśmy tak, że jest to stosowane. Poza tym, jeśli chodzi o leczenie chorób alergicznych oraz związanych ze schorzeniami reumatoidalnymi, to również są specjalne programy lekowe, których wartość jest dość znaczna.

Oczywiście, zajmujemy się również leczeniem dzieci przewlekle chorych, które przebywają w domu, a wymagają kontynuacji nauki szkolnej. Mamy finansowanie świadczeń z zakresu pediatrii na profilaktykę czy lecznictwo specjalistyczne, szpitalne, a także sanatoryjne, w odniesieniu do którego chciałbym powiedzieć, że z inicjatywy pani senator Chybickiej mieliśmy wspólne posiedzenie w Ciechocinku, bo był lęk, że zmniejsza się liczba miejsc sanatoryjnych dla dzieci, co jest nieprawdą, bowiem liczba tych miejsc jest nawet niewykorzystana. Wykorzystywana jest tylko w okresach wakacyjnych, natomiast w innych okresach możliwe pobyty dziecka z matką są niewykorzystywane.

Tyle ogólnych informacji, panie przewodniczący. Na pewno będą szczegółowe pytania. Poprosiłbym teraz pana prezesa o poinformowanie, jakie środki wydajemy na profilaktykę, lecznictwo, programy zdrowotne – programy zdrowotne są realizowana z budżetu ministra zdrowia, natomiast część jest realizowana również z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście. Bardzo proszę, panie prezesie. Mam od razu pytanie do pana, panie ministrze. Jak wspomniałem, na dzisiejszym posiedzeniu są obecni eksperci z poszczególnych dziedzin pediatrii, podspecjalności – kiedyś tak to było określane, a teraz jest to na trochę innych zasadach. Czy pan minister nie uważałby za słuszne, aby wzbogacić naszą dyskusję – oprócz materiałów, które posiadamy – o chociażby krótkie, kilkuminutowe wypowiedzi zaproszonych gości w tym zakresie? Będziemy wiedzieć więcej o materii, o której dzisiaj dyskutujemy.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, każda dyskusja wzbogaca, a zwłaszcza jeżeli tę dyskusję bardziej uszczegółowimy i będziemy mówić o bardziej konkretnych rzeczach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

W takim razie zróbmy w ten sposób. Bardzo proszę, panie prezesie. Później oddam głos panu ministrowi, żeby ewentualnie przekazywał głos kolejnym osobom, które są naszymi gośćmi. Proszę bardzo, panie prezesie.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, postaram się syntetycznie przedstawić wydatki i zabezpieczenie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyki, lecznictwa szpitalnego i ewentualnie programów dedykowanych dzieciom.

Oczywiście, wszystkie dzieci mają zabezpieczone świadczenia zdrowotne. To wynika z tego, że dzieci są ubezpieczone z tytułu ubezpieczenia swoich opiekunów lub są uprawnione – każde dziecko ma zabezpieczone świadczenia zdrowotne. Ponieważ nie mamy – rzecz jasna – wyodrębnionych świadczeń dla dzieci w podstawowej opiece zdrowotnej, te świadczenia, które są realizowane przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną i pielęgniarkę szkolną, dotyczą również dzieci.

Jeśli chodzi o POZ, w 2014 r. mamy 6194 podmioty w prawie 10 tys. miejsc udzielania świadczeń. W zakresie pielęgniarki POZ – 6336 podmiotów w ponad 8 tys. miejsc udzielania świadczeń. Położne POZ – 4613 podmiotów w ponad 5,5 tys. miejsc udzielania świadczeń. Świadczenia pielęgniarki szkolnej to 3388 podmiotów.

Na 37 mln osób, które są objęte średniomiesięcznie opieką, 2,5 mln to dzieci do ukończenia 6 roku życia i prawie 5 mln to dzieci i młodzież od 7 do 19 roku życia. Zgodnie z listami uczniów, pielęgniarki szkolne obejmują opieką 4,8 mln uczniów uczęszczających

do ponad 23 tys. szkół, w tym 432 tys. to uczniowie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością.

W ramach świadczeń lekarza POZ, w 2013 r. udzielono około 141 mln porad lekarskich, przy czym 31 mln stanowiły porady udzielane dzieciom i młodzieży do 18 roku życia, w tym 70 tys. porad z przyczyn przewlekłych chorób układu krążenia i cukrzycy, prawie 155 tys. porad patronażowych. Wykonano 1,150 mln bilansów zdrowia. W ramach świadczeń pielęgniarki POZ wykonano 22,4 mln wizyt, w tym 160 tys., wizyt patronażowych. Ponadto, położne sprawozdały prawie 4 mln wizyt, z czego 1,320 mln wizyt patronażowych.

W zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej było to prawie 14,5 mln świadczeń profilaktycznych, w tym 5,6 mln testów przesiewowych w rocznikach określanych dla bilansów zdrowia oraz około 1,9 mln badań w pozostałych rocznikach. Świadczenia udzielone zostały około 1,7 mln uczniów. Były to 4 mln świadczeń pomocy doraźnej, prawie 560 tys. świadczeń leczniczych i zabiegów zrealizowanych na podstawie zleceń lekarskich u 75,5 tys. uczniów z chorobami przewlekłymi. W 2013 r. pielęgniarki szkolne zrealizowały profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów u 2,3 mln uczniów klas od 1 do 6.

Analiza wykonania bilansów zdrowia w świadczeniach lekarza POZ wykazuje największe wykonanie u dzieci rozpoczynających obowiązek szkolny i obowiązek nauczania, następnie u dwulatków i uczniów trzecich klas szkół podstawowych. Najniższe wykonanie bilansu dotyczy uczniów w 19 roku życia. Ponadto, notujemy dość znaczną liczbę badań bilansowych wykonywanych w rocznikach innych niż określonych dla bilansów zdrowia w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia. I to jest 1/5 badań bilansowych.

Jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, podam może ogólne dane, bo one faktycznie są bardzo szerokie. Mamy 23 zakresy świadczeń specjalistycznych, które są dedykowane dzieciom. W 2013 r. kwota umów zawartych na te dedykowane zakresy wyniosła 309,636 mln zł, przy czym należy powiedzieć, że we wszystkich rodzajach świadczeń dzieci mogą mieć udzielone świadczenia również w tych poradniach, które nie są wyznaczone jako poradnie dla dorosłych, i tak też się dzieje. Dotyczy to również oddziałów szpitalnych. Jeśli chodzi o zakresy, oczywiście, jeśli będą pytania dotyczące poszczególnych zakresów świadczeń specjalistycznych, to mogę to przedstawiać.

W rodzaju lecznictwa szpitalnego, wartość zakontraktowanych świadczeń w oddziałach szpitalnych dotyczy 55 zakresów świadczeń oraz 9 programów lekowych dedykowanych pacjentom do ukończenia 18 roku życia. Łączna wartość świadczeń to prawie 2 mld zł. Największa wartość świadczeń dotyczy neonatologii – 720,600 mln zł, pediatrii – 516,850 mln zł, chirurgii dziecięcej – 180 mln zł. Największa liczba świadczeniodawców dotyczy świadczeń w zakresie pediatrii – 361, neonatologii – 280 oraz chirurgii – 72.

Jeśli będą pytania dotyczące… Może jeszcze powiem o programach lekowych, które są dedykowane dzieciom. W 2013 r. były to następujące programy. Program leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1 – to było 40 pacjentów. Wartość refundacji 2,5 mln zł. Program leczenia dzieci z zespołem Prader-Willi – 132 pacjentów, 814 tys. zł. Program leczenia niskorosłych dzieci – 49 osób, 461 tys. zł. Program leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki – 3578 osób, wartość programu 21,5 mln zł. Program leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera – 93 osoby, wartość 4,5 mln zł. Program leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci – 330 dzieci, 7,370 mln zł. Program leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci – 399 osób, 2,459 mln zł. Program leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym – 1619 dzieci, a wartość programu 3,728 mln zł. Program lekowy – profilaktyka zakażeń wirusem RS – 1449 osób, 13,892 mln zł. Program lekowy – zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – 333 osoby, wartość programu 48,762 mln zł. I w zakresie chemioterapii – liczba pacjentów w 2013 r. wyniosła 2533, a wartość refundacji świadczeń udzielonych dzieciom w 2013 r. to 89,349 mln zł.

Może tyle. Jeśli będą pytania odnośnie do innych rodzajów czy zakresów, będziemy strać się udzielać odpowiedzi na bieżąco.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, oddaję panu głos.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Bardzo proszę, pani prof. Dobrzańska, konsultant krajowy z zakresu pediatrii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę. I proszę, żeby kolejne osoby przedstawiały się do mikrofonu. To jest potrzebne do protokołowania. Panie prezesie, proszę o wyłączenie mikrofonu. Bardzo proszę, panie prezesie.

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii Anna Dobrzańska:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, panie prezesie, jeśli państwo pozwolą, to najpierw kilka zdań o ogólnej sytuacji i o tym, w jakim kierunku idą zmiany w pediatrii, i te, które dotyczą bezpośrednio dzieci.

Otóż, jeśli chodzi o sytuację i sposób, w jaki należy patrzeć na pediatrię w obecnym czasie, to należy wziąć pod uwagę przede wszystkim zmniejszenie liczby urodzeń, co musi nas niepokoić. Kolejny składnik tej sytuacji, to zwiększona przeżywalność dzieci z małą i bardzo małą urodzeniową masą ciała, skrajnie niedojrzałych, co pociąga za sobą zwiększoną liczbę dzieci z chorobami przewlekłymi. Zresztą nie tylko to, ale i nowe trendy, pojawiające się nowe schorzenia przewlekłe, które dotyczą dzieci.

Te trzy elementy pokazują konieczność wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę zarówno ilościowy, jak i jakościowy problem opieki podstawowej. Bo jeżeli chodzi o opiekę w lecznictwie zamkniętym, to w ciągu ostatnich 10 lat obserwowaliśmy burzliwą i trudną do pohamowania tendencję do ograniczania liczby łóżek, co wiązało się, niestety, przede wszystkim z niedostateczną, niewłaściwą wyceną procedur dotyczących pediatrii. W tym momencie ten proces jest zahamowany i liczba łóżek pediatrycznych w całym kraju jest absolutnie wystarczająca.

Natomiast, mówiąc o lecznictwie zamkniętym, chcę powiedzieć, że tym, co musi nas niepokoić, jest to, że liczba pediatrów w aktualnej sytuacji potrzeb zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym, jest zbyt mała, i w kolejnych latach będzie się zdecydowanie obniżać. Z jednej strony, będzie się obniżać biorąc pod uwagę średni wiek pediatrów, ale, z drugiej strony, starania ministerstwa i kolejnych ministrów o zwiększenie liczby pediatrów poprzez wprowadzenie określonych zachęt w tym kierunku, a mianowicie uznanie pediatrii za specjalizację deficytową i priorytet dla tych rezydentów, napawa optymizmem o tyle, że w chwili obecnej można powiedzieć, iż wytwarza się pewna równowaga pomiędzy naturalnym odejściem pediatrów na zasłużony odpoczynek a naborem i kształceniem kolejnych specjalistów z pediatrii. Jednak mój niepokój budzi również ta sytuacja, że w różnych województwach jest to wyrażone bardzo różnie. Są województwa, w których wskaźnik pediatrów na 100 tys. dzieci wynosi zaledwie 2,3, co w żadnym razie nie zabezpiecza potrzeb. Te województwa powinny uczynić wszystko, aby dla dzieci mieszkających w ich obrębie uzyskać chętnych do specjalizowania się w pediatrii i lekarzy tej specjalności. Oczywiście, to że w danym oddziale pediatrycznym pracuje tylko dwóch pediatrów – jeden jest kierownikiem oddziału, a drugi jego zastępcą, i obaj zbliżają się do wieku emerytalnego – musi być bardzo niepokojące.

Oczekiwanie przez środowisko jeszcze większej liczby rezydentów, jeśli chodzi o specjalizację pediatryczną – choć należy powiedzieć, że w tej dziedzinie jest pewnie lepiej niż w innych – wynika również z tego, że te zachodzące zjawiska, o których wspomniałam, a mianowicie zwiększająca się liczba chorób przewlekłych, jak i konieczność udzielenia wsparcia i pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, podpowiadają, żeby tych rezydentów oczekiwać jeszcze więcej. Wszystkie bowiem rozwinięte kraje świata największy nacisk w opiece medycznej kładą na tę składową, jaką jest profilaktyka. I wszystkie programy zdrowotne, niezwykle cenne, przynoszące określone i wymierne skutki, nie zastąpią bezpośredniego nadzoru nad dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, nad dzieckiem oddanym pod opiekę konkretnemu lekarzowi, i oby to był pediatra.

Zresztą, biorąc pod uwagę właśnie te zwiększające się liczby i konieczność wnikliwych działań profilaktycznych, zwłaszcza w odniesieniu do najmłodszej grupy dzieci, chcę powiedzieć, że dzieci po 6 roku życia, te, które są pod opieką profilaktycznych gabine-

tów pielęgniarskich w szkołach, rzeczywiście są bardzo regularnie kontrolowane. Można powiedzieć, że tam są wychwytywane wszystkie nieprawidłowości i dziecko trafia do specjalisty. Natomiast, bardzo niepokoi mnie opieka nad najmłodszym dzieckiem, a dobrze wiemy – w tym gronie trudno o tym przypominać – że to w okresie płodowym i wczesnodziecięcym, do 2 roku życia, następuje programowanie metaboliczne wszystkich chorób, które mogą wystąpić. Zwiększają się czynniki ryzyka wystąpienia wielu chorób przewlekłych, które w wieku dorosłym staną się poważnym problemem, przed którym stanie medycyna – cukrzyca typu II, nadciśnienie, choroby sercowo-naczyniowe czy choroby degeneracyjne, a nawet nowotwory. To w tym okresie, zgodnie z hipotezą Barkera, popartą również przez polskich badaczy, zachodzi programowanie metaboliczne. Chciałabym więc wskazać na konieczność wzmocnienia opieki w tym właśnie wieku.

To, co może mnie niepokoić, i na co chcę zwrócić uwagę, to badania publikowane przez Instytut Matki i Dziecka, które mówią, że czas wizyty profilaktycznej jest za mały. Te badania są trudne do obiektywnej oceny, ponieważ metodyka polegała, tak naprawdę, na subiektywnej ocenie i wypowiedzi samych lekarzy dokonujących wizyt profilaktycznych i badań bilansowych. Jeśli jednak oni wskazują, że są wizyty poniżej 10 minut, to obawiam się, czy na tak prowadzonej wizycie można zebrać bardzo dokładnie wywiad, zbadać dziecko, wykreślić osiągi dziecka na siatkach centylowych i udzielić poradnictwa interwencyjnego.

Proszę państwa, to jest niezwykle ważne zagadnienie. Chciałabym, aby ta wizyta profilaktyczna, niekoniecznie w okresie bilansowym, była rozszerzona każdorazowo – może nie raz w tygodniu, jeśli dziecko zbyt często trafia do lekarza z przyczyn chorobowych – o kwestionariusz żywienia tego dziecka, a więc sposób żywienia, wykreślenie pozycji na siatkach centylowych i udzielenie porady żywieniowej. W tej chwili nacisk na profilaktykę otyłości i nadwagi powinien być bardzo duży i te działania profilaktyczne powinny być skierowane na ten aspekt.

Trzeba zwrócić uwagę na to, że jeśli chodzi o otyłość u polskich dzieci, to brakuje nam do otyłości dzieci w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii, ale w ciągu ostatnich 10 lat to Polska jest na pierwszym miejscu, ponieważ otyłość i nadwaga uległa podwojeniu – „uległa" to może nie jest najlepsze określenie. W żadnym z krajów tak się nie stało. Tak więc, może to nie sam odsetek – chociaż on już sięga 24% – ale to, że w takim tempie… Ten trend, ta tendencja jest bardzo niepokojąca. A zatem, jeśli lecznictwo określimy jako wystarczającą liczbę łóżek… Chcę jeszcze powiedzieć właśnie w tym momencie, że z moich badań prowadzonych wraz z konsultantami wojewódzkimi wynika, że około 30% hospitalizacji jest nieuzasadnionych, a to oznacza, że dziecko szuka w szpitalu pomocy wtedy, kiedy nie znajduje jej w podstawowej opiece zdrowotnej. Często czas, w którym dziecko zgłasza się do izby przyjęć, a więc święta lub noc, nakazuje przyjęcie takiego dziecka, zwłaszcza niemowlęcia, do obserwacji. Jednak nie każde takie skierowanie należy uznać za zasadne. Należy zwrócić uwagę na fakt, że cały świat odchodzi od lecznictwa na rzecz opieki ambulatoryjnej. A zatem, chcę zaakcentować konieczność przesunięcia ciężaru na opiekę ambulatoryjną i działania profilaktyczne. O ile rozwój, jaki dokonuje się w lecznictwie zamkniętym i nowe możliwości diagnostyki są oczywiście bardzo imponujące i stawiają nas bardzo wysoko wśród innych krajów, o tyle na podstawową opiekę zdrowotną należy położyć większy nacisk.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Teraz pani prof. Perek, konsultant wojewódzki z zakresu onkologii. Bardzo proszę, pani profesor.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej Danuta Perek:

Chciałabym sprostować, bo konsultantem z zakresu onkologii jest pan prof. Kowalczyk, a ja będę mówić jako przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Bardzo proszę, i przepraszam.

Przewodnicząca PTOiHD Danuta Perek:

…i w imieniu pana prof. Kowalczyka, jak najbardziej, który właśnie o to prosił.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Proszę bardzo, pani profesor.

Przewodnicząca PTOiHD Danuta Perek:

Chciałabym uzmysłowić ogromny problem onkologii dziecięcej, ciągle istniejący. Po pierwsze, chcę powiedzieć, że to są choroby rzadko albo ultra rzadko występujące. Niektóre typy nowotworów bardzo rzadko występują, i właściwie często wymagana jest indywidualizacja leczenia. Pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej dwa lata temu zostały przygotowane standardy opieki nad dziećmi z chorobą nowotworową. Naszą propozycją było uwolnienie procedur diagnostyczno-terapeutycznych akurat w tej dziedzinie. I to, co się dzieje, i to, co jest w mediach, jak najbardziej za tym przemawia, bo ostatnio dziecko, u którego nie rozpoznano nowotworu mózgu, trafiło na stół wtedy, gdy już nie było nic do zrobienia. Po pierwsze, lekarze nie znali objawów – my bardzo staramy się, żeby szkolić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych i lekarzy pediatrów. Są różne sposoby. Każdy w swoim województwie próbuje to robić. Niestety, nie zawsze są chętni do tego wśród tych lekarzy. Ale właśnie zwracamy szczególną uwagę na guzy mózgu, które są bardzo trudne do diagnostyki.

O co mi w tym wypadku chodzi? Myślałam, jak to zrobić, bo w tym konkretnym przypadku, niestety, nikt nie zlecił tomografii komputerowej, a to jest jedyny sposób na to, żeby wykryć proces rozrostowy wewnątrzczaszkowo. Wydaje mi się, że przyczyną tego jest brak możliwości lekarza rodzinnego i lekarza pediatry na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej wykonania tomografii komputerowej i że absolutnie powinno się umożliwić tym ludziom skierowanie dziecka na takie badanie. Akurat w tym przypadku było troszkę inaczej, ale na kursach słyszę, że oni nie mają do tego prawa. Bardzo często przysyłają na konsultacje do specjalisty, do nas. To ja mówię – przyślijcie do nas, to my natychmiast wykonany, jeżeli macie jakiekolwiek podejrzenia. Bo na całym świecie, niestety, o ile rozpoznaje się białaczkę, guz Wilmsa – neuroblastoma w ciągu jednego miesiąca, o tyle, jeśli chodzi o guzy mózgu, to najpóźniej dziecko trafia do leczenia, a to są najgorzej leczące się nowotwory. Ponieważ tutaj podstawową metodą jest leczenie chirurgiczne, to rzeczywiście jest ogromnie ważne, na jakim etapie dziecko trafi do leczenia. Od tego zależy, jak będzie leczone, czy będzie żyć i jaka będzie jakość jego życia. Bo jeżeli ono będzie wyleczone, to ma do przeżycia całe życie. To jest pacjent dorosły.

A wracając do uwolnienia tych procedur, to tak, jak pan minister mówił – i bardzo dziękuję, bo wiem, że teraz jest problem załatwiania Imatinibu… Wracając do tego, że to są ultra rzadko występujące choroby, taki GIST, dość często występujący u dorosłych, a u dzieci występuje raz na 2 lata, na 3, na 5. Jest program leczenia tego nowotworu u pacjentów dorosłych, a gdy wystąpi u dziecka, to piszę do NFZ o chemioterapię niestandardową, po czym dostaję odpowiedź, że jest program lekowy na ten lek wobec czego nie ma możliwości podania tego leku dziecku jako chemioterapii niestandardowej. I mamy problem – dziecko zbiera pieniądze, zbierają pieniądze fundacje. Jest to problem medialny.

Był problem Temodalu – o czym mówił pan minister – w leczeniu glejaków złośliwych. Program lekowy był stworzony dla pacjentów dorosłych. Glejak u pacjenta dorosłego i u dziecka to coś innego. Inaczej się leczy. Pacjentom dorosłym podawano sam Temodal, a my podajemy Temodal z cisplatyną, inaczej jest większa leukopenia. Zupełnie nie przystawało to do tego programu lekowego. Wobec tego znowu był problem. Pisaliśmy o che-

mioterapię niestandardową i przychodziła odpowiedź – jest program lekowy, nie możemy dostać. Dzięki ministerstwu w końcu to się rozwiązało i nie mamy takich problemów.

Teraz z kolei jest problem guzów naczyniowych i malformacji naczyniowych. Na szczęście w onkologii dziecięcej jest ogromny postęp i próbuje się znaleźć sposób na leczenie różnych chorób, których leczenie nie było możliwe do tej pory. Okazuje się, że rozległe guzy naczyniowe i malformacje naczyniowe poddają się leczeniu sirolimusem. Oczywiście, lek ten jest przeznaczony do leczenia czegoś zupełnie innego, a mamy doniesienia, że to jest skuteczne, i to w przypadkach ratujących życie. My piszemy o chemioterapię niestandardową – i przez przedstawiciela NFZ było to wymieniane, bo to jest typowo niestandardowa chemioterapia czy leczenie niestandardowe – i najpierw otrzymujemy odpowiedź, że to nie jest choroba nowotworowa. Nie jest nowotworowa, ale jest proces rozrostowy niepoddający się żadnemu innemu leczeniu.

Jeżeli my, lekarze, staramy się pomagać dzieciom – to znowu są bardzo rzadko występujące przypadki – czy by jednak nie zrobić ukłonu w stronę onkologii dziecięcej – bo, jeszcze raz powtarzam, że to 1,5% wszystkich nowotworów i 1000 do 1200 nowych zachorowań rocznie, to jest mały problem – i nie oddać w ręce specjalistów, ludzi ogromnie zaangażowanych, lekarzy, bo to jest ogromnie trudna dziedzina z każdej strony… Amerykanie wyliczają, że ci lekarze żyją 10 lat krócej niż wszyscy inni. Myślę więc, żeby oni, świetnie wyszkoleni, chcący nieść pomoc w sytuacjach ogromnie trudnych – mają wiedzę na ten temat i możliwości, umieją to robić – mogli to robić. Jeszcze raz apeluję, żeby nad tym się zastanowić, żeby jednak lekarz rodzinny czy lekarz pediatra w podstawowej opiece zdrowotnej nie był tylko takim lekarzem, który kieruje do specjalisty, a potem dziwimy się, że do specjalistów są ogromne kolejki i myślimy, jak je zlikwidować. Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Bardzo dziękuję. Następny onkolog – pani profesor i senator Chybicka.

Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego Alicja Chybicka:

Panie przewodniczący, panie ministrze, panowie prezesi, wielce szanowni państwo, na początek chciałabym podziękować Ministerstwu Zdrowia – proszę o przekazanie tego pozostałym osobom – za to, że dziecko stało się w pewnym sensie priorytetem w ochronie zdrowotnej w Polsce. Na pewno wielki ukłon za to należy się też panu premierowi, bo nie tylko w opiece zdrowotnej dziecko stało się priorytetem, ale także w opiece socjalnej. Jest to słuszne, bo, tak jak pan minister powiedział, dzieci rodzi się nam coraz mniej. Trzeba je więc hołubić i sprawić, aby wyrośli z nich zdrowi ludzie. Tak więc, bardzo za to dziękuję.

Natomiast, pozwolę sobie nie do końca się zgodzić z tym przedstawionym tu pięknym obrazem opieki medycznej nad populacją wieku rozwojowego, szczególnie jeśli chodzi o profilaktykę. Otóż, te dane, które panowie siedzący naprzeciwko siebie przedstawili przed chwilą, są totalnie sprzecznie. Profilaktyka 20% *versus* profilaktyka 100%. Ja nie będę ustosunkowywać się do tego, co jest dobre, a co złe. Ja wiem jedno – w populacji wieku rozwojowego przebadanej w czynie społecznym przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne w różnych miastach ponad 90% dzieci ma próchnicę, ponad 40% ma wady postawy, które nie są korygowane ani leczone, dzieci mają nierozpoznane wady serca, alergie i wiele jeszcze innych niedostatków. To nie powód, żeby tu, w tej chwili o tym mówić.

Wszyscy państwo niewątpliwie słyszeli, że są w tej chwili bardzo ostre ruchy antyszczepionkowe i ta wszczepialność jest „masakrycznie" niska. Ona nie jest tak wysoka. Ja nie wiem, skąd są te dane. Myślę, że może siedzący tutaj lekarze pediatrzy z podstawowej opieki zdrowotnej, czy lekarze rodzinni opowiedzą, czy rzeczywiście każda matka przychodzi i chętnie szczepi dziecko. Jeśli tak jest u państwa w praktykach, to cudownie. Ja chciałabym, bardzo gorąco podziękować tym, którzy pełnią opiekę zdrowotną na tej pierwszej linii, bo to jest linia bardzo trudna. Rodzice też mają własne zdanie i robią to w sposób lepszy lub gorszy. Ja z przerażeniem odbieram e-malie, w których rodzice wprost piszą, że nie warto jest szczepić, bo dziecko będzie mieć autyzm, i że to już jest udowodnione. Tak więc, tak wysoka wszczepialność, to byłoby cudownie… To samo

mówi pani prof. Brydak o szczepieniach dzieci przeciwko grypie, których praktycznie nie ma. Nikt nie szczepi, bo wszyscy tego się bardzo boją.

Wyszczepialność z kalendarza uzupełniającego – bo mamy dwa kalendarze, obowiązkowy i uzupełniający – jest w granicach 5-10%, a zatem obraz profilaktyki nie jest taki cudowny. Prawdopodobnie wynika to z tego, że profilaktyka w szkołach jest prowadzona nie przez lekarza, tylko przez pielęgniarki – wspaniałe pielęgniarki – ale jednak nigdy pielęgniarka nie zastąpi lekarza. Żeby rozpoznać pierwsze objawy skomplikowanej przewlekłej choroby, trzeba mieć duże umiejętności. Potrzeba badań profilaktycznych, takich jak to by się marzyło, aby raz w roku każde zdrowe dziecko trafiło w ręce lekarza rodzinnego, pediatry czy lekarza internisty, kiedy jest większe, i było zbadane od stóp po głowę, ale nie wtedy, kiedy ma gorączkę, ból gardła, czy kiedy jest poważnie chore, bo to nie jest moment, kiedy patrzymy, czy dziecko ma płaskostopie, odstające łopatki czy różne inne defekty. Chodzi o to, żeby to było zrobione specjalnie, tak, jak kiedyś robiły to poradnie dla dzieci zdrowych.

Niewątpliwe jak zdrowie, panie ministrze, potrzebna jest ustawa o zdrowiu publicznym. Pytał tutaj pan poseł, co jest przed nami, parlamentarzystami. Otóż, jest procedowanie ważnych ustaw, które są potrzebne. Takich właśnie, jak ustawa o zdrowiu publicznym, która ustawi – jak to ustawa – kolejność opieki nad populacją nie tylko dziecięcą, ale też dorosłych i nad starzejącym się społeczeństwem, bo ta grupa będzie niestety… Potrzebna jest konstytucja zdrowia – dobrze mi pan minister sugeruje – bo może wtedy rzeczywiście zdrowie Polaków może nie będzie wymagać wysokospecjalistycznej opieki.

To, co w tej chwili dzieje się niepokojącego, to jest to, że do izb szpitali pediatrycznych trafia mnóstwo dzieci. Trafiają często dzieci… Wczoraj na posiedzeniu był dyrektor wielkiego szpitala pediatrycznego z Łodzi, który powiedział, że 75% dzieci trafiających do jego izby przyjęć, gdzie jest ich multum, musi być przyjmowanych na oddziały, a na kartkach od lekarza kierującego jest napisane „gorączka" albo „gorączka, ból gardła", albo „gorączka, kaszel". To jest przerażające, proszę państwa, i to się odbywa w dużym mieście wojewódzkim. Oczywiście, jest wiele takich miejsc.

Sama znam cudowną praktykę prywatną, na przykład lekarza Pałki we Wrocławiu, i stamtąd żadne dziecko nie jest nigdzie odsyłane, mimo że on jest chirurgiem, który został lekarzem rodzinnym i fantastycznie to wykonuje. Jestem przekonana, że siedzący tutaj lekarze rodzinni mają niewątpliwie wzorcowe praktyki i takich rzeczy nie robią, ale czy rzeczywiści potrafią uderzyć się w piersi… Ja, niestety – może moi koledzy by mnie powiesili – nie zaręczyłabym za każdego pediatrę, że któryś z nich tak nie uczynił, dlatego że ludzie w każdym zawodzie są różni. Dlatego na pewno niezbędne jest szkolenie.

Kolejna rzecz, jaką chciałam powiedzieć, to podziękowanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia w osobie pana Pakulskiego, który naprawdę dużo się napracował przy przeliczaniu procedur pediatrycznych, i pani dyrektor Kłos, której nie ma tutaj dzisiaj, ale która przygotowała metodologię. Szło to trochę za wolno – przeceniono zaledwie 8 procedur. I jeśli mogę bezczelnie skorzystać z okazji, mam pytanie – kiedy pozostałe procedury zostaną przeliczone?

Proszę państwa, my jesteśmy jak ci najgorsi, którzy przynoszą długi, którzy zawsze w wielospecjalistycznych jednostkach stają na dywanie za to, że nie potrafią się sfinansować. A tak naprawdę, najważniejszy jest pacjent, a nie słupki. Trudno jest dziecku odmówić leku, dlatego, że oddział się nie zbilansuje.

Ja mogę powiedzieć, że mam zaszczyt kierować taką kliniką, o której mówiła pani dyrektor Danuta Perek, i mam wszystkie te problemy, o których ona mówiła, i jeszcze więcej. Tu chciałabym poruszyć taką sprawę, jak brak finansowania Erwinii. Jest to lek pierwszego rzutu leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej, który nie znalazł się, panie ministrze, na liście refundacyjnej, pomimo że l-asparaginaza, czyli produkt chemiczny, jest. Jest to lek dla dzieci, które są uczulone. Ja osobiście byłam ostatnio na dywanie za 800 tys. zł płaconych przez dyrektora za erwiniazę dla moich dzieci, bo Narodowy Fundusz Zdrowia odmówił finansowania. Uprzejmie więc proszę o zrobienie z tym czegoś, bo tak dalej być nie może.

I kolejna rzecz. Przepraszam, że to powtórzę, ale mówię to wszędzie. Badania kliniczne niesponsorowane. Zwracałam się do pana ministra Arłukowicza. Zwróciłam się

do pani minister Kolarskiej-Bobińskiej. Od państwa dostałam opinię, że powinno się tym zająć Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Właśnie przyszła odpowiedź od pani minister Kolarskiej-Bobińskiej, że powinno się tym zająć Ministerstwo Zdrowia. Koło się zamknęło, a nasze dzieci wypadają z międzynarodowych protokołów i wszystkie dzieci, te, które widzicie, malutkie… Ja wpadłam w przerażenie. W zeszłym tygodniu idę na wizytę, jest nowa neuroblastoma, IV stadium. Dziecko ma 3 latka. Już wiem, że ono musi jechać do Niemiec za 600 tys. zł. Skąd ci rodzice mają wziąć te 600 tys. zł? Przeciwciało monoklonalne anty-GD2 jest do sprowadzenia do Polski tylko w formie badania klinicznego niesponsorowanego. Kółko się zamknęło, i znowu musimy zbierać pieniądze dla tego dziecka, bo nie ma innego wyjścia. Ono musi żyć i tam pojechać, a w każdym razie trzeba mu na to dać pieniądze. Tak więc, bardzo gorąco proszę zrobić coś z tymi badaniami klinicznymi niesponsorowanymi, bo naprawdę wypadniemy z Europy.

I na zakończenie chciałabym prosić pana przewodniczącego Latosa o w miarę możliwości jak najszybsze procedowanie poprawki do ustawy o świadczeniach zdrowotnych o wzmocnieniu pierwszej linii, bo, tak naprawdę, ta linia za takie pieniądze, jak dostaje, funkcjonuje najlepiej jak się da. Jeśli jednak przybędzie tak jakakolwiek liczba lekarzy i poprawi się finansowanie tak, aby było więcej pieniędzy na badania – bo to powinno iść jakby w tandemie – to na pewno skrócą się kolejki do specjalistów i przestaną być zapełnione izby przyjęć oddziałów pediatrycznych. W imieniu dorosłych nie będę przemawiać, bo nie wiem, jak jest. Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Odnośnie do poruszanej przez panią profesor sprawy sczepień, bardzo proszę o zabranie głosu pana ministra Posobkiewicza, głównego inspektora sanitarnego.

P.o. głównego inspektora sanitarnego Marek Posobkiewicz:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, jak wspomniała pani senator, wyszczepialność jest niestety bardzo różna, związana jest też ze szczepieniami obowiązkowymi i nieobowiązkowymi. Jeżeli chodzi o szczepienia obowiązkowe, można powiedzieć, że sytuacja jest bardzo dobra, bo sięgająca czasem prawie 100%. Jeżeli chodzi o szczepienia nieobowiązkowe, myślę, że zależy to nie tylko od odpłatności za te szczepienia, bo mamy przykład ze szczepieniami na grypę, które często są sponsorowane przez samorządy lokalne czy zakłady pracy dla pracowników i seniorów, i mimo to wyszczepialność w zeszłym sezonie nie osiągnęła 4%. Z tego, co wiem, w innych krajach też wygląda to bardzo różnie – podobnie, jak u nas, w niektórych trochę lepiej. Jest to związane, niestety, ze świadomością społeczeństwa, a także w dużej mierze ze świadomością personelu medycznego, czyli lekarzy, pielęgniarek, którzy – jak wszyscy słyszymy – niestety, czasem artykułują poglądy dalekie od prawdy i wiedzy medycznej.

W związku z tym, uczestniczymy w wielu kampaniach, które mają przybliżyć tę wiedzę, zwiększyć świadomość społeczeństwa. Nawet na naszej stronie mamy podstronę szczepienia.gis.gov.pl, gdzie mamy tę wiedzę tematycznie podzieloną i w prosty sposób przekazaną. Jest tam ogólna akcja informacyjna z aktami prawnymi i organizacją szczepień. Są też dwa osobne bloki – skierowany do pacjentów, rodziców i opiekunów, i panel dla personelu medycznego, gdzie mogą zaznajomić się z tą wiedzą, a również zadawać pytania, na które staramy się odpowiadać. Tych programów, poprzez które staramy się trafiać do społeczeństwa, jest bardzo dużo.

Jest też ta druga „strona mocy", która nie jest wcale liczna. Nie chcę używać sformułowania, że nie jest mądra – bo nikt im nie może zabronić mówić – ale na pewno – pan minister tu podpowiada – jest głośna. Zabronić im wyrażania swoich poglądów nie można, chociaż myślę, że rolą samorządów lekarskich powinno być zwrócenie uwagi zarówno samorządom lekarskim jak i pielęgniarskim na tych członków naszej społeczności, którzy postępują wbrew etyce medycznej. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o zabranie głosu pana prof. Zbigniewa Dońca – choroby płuc u dzieci.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci Zbigniew Doniec:

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, reprezentuję dziedzinę „choroby płuc dzieci". Można powiedzieć, że wszyscy jesteśmy pulmonologami, bo każdy z nas, niezależnie od tego, czy jest lekarzem, czy nie, leczył choroby układu oddechowego od kataru do innych. Czyli, innymi słowy, powszechność jest tutaj ważnym elementem. Ponieważ jednak pulmonologia i alergologia dziecięca to dziedziny, które mają również bardzo duży zakres epidemiologiczny, chciałbym o tym powiedzieć.

Dzięki badaniom pana prof. Samolińskiego z Warszawy wiemy, że 30-40% populacji to są chorzy z chorobami alergicznymi. I to jest przede wszystkim astma oskrzelowa. Tak naprawdę, jak spojrzymy na dzieci w klasie, których jest 20-25, to co najmniej 2-3 z nich to dzieci, które chorują albo mogą zachorować na astmę. Czyli, mamy bardzo szeroki problem.

Z drugiej strony, w mojej dziedzinie są problemy, które wydają się nie tak istotne z punktu widzenia epidemicznego, ale ważne. Otóż, 3 miesiące temu prezydent Obama podpisał tak zwane Obama s low, czyli prawo Obamy, które mówi, że w każdej szkole powinna znajdować się autostrzykawka z adrenaliną. Dlaczego? Dlatego, że reakcje anafilaktyczne, które występują, mogą dotyczyć każdego z nas, warto więc pomyśleć, że być może również u nas taki program jest do zastosowania.

Troszkę inna dziedzina, troszkę inna choroba. Rzadka choroba, jaką jest mukowiscydoza. Mukowiscydoza to jest medycyna u jednego pacjenta, bo tak się szczęśliwie stało, że to już nie jest problem tylko pediatryczny, ale jest to również problem pulmonologów dorosłych. Wydłuża się czas przeżycia chorych na mukowiscydozę. I tak naprawdę, jesteśmy w ważnym momencie, ponieważ to, że nasi koledzy interniści również zaczynają się zajmować chorymi na mukowiscydozę, spowodowało, że dwóch konsultantów – pediatra i pulmonolog tak zwany dorosły – będzie występować o powołanie zespołu do spraw harmonizacji opieki w mukowiscydozie.

Na czym polega problem pediatrii? Na tym, że często osoby, które mają 17-18 lat, pozostając wiele lat pod opieką pediatry, nie wiedzą, jaki jest krok następny. Często oddziały pediatryczne – co, na przykład, jest powodem indywidualnych kontraktów z NFZ – przedłużają tę opiekę nie mając odpowiednika wśród dorosłych.

Byłbym bardzo zadowolony – ale to nie chodzi o moje osobiste zadowolenie – gdybyśmy w skład tego zespołu mogli włączyć również przedstawiciela ministerstwa i przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie chcemy być po dwóch stronach barykady. Chcemy wspólnie wypracować model łączący opiekę od pediatry do opieki nad dorosłym. To kilka uwag dotyczących pneumonologii nie tylko dziecięcej, ale, jak się wydaje – z naszego punktu widzenia – bardzo istotnych. Dziękuję za uwagę.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, zaproszeni goście, którzy pomagają w wystąpieniach, już zakończyli swoje wypowiedzi…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Jeszcze pan profesor kardiolog dziecięcy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę uprzejmie.

Kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Centrum Chorób Serca Jacek Białkowski:

Nazywam się Jacek Białkowski i występuję w imieniu pani prof. Wandy Kawalec. Mam tylko króciutką informację, króciutki przekaz.

Rozmawiałem przed spotkaniem z panią prof. Dobrzańską na temat kardiologii dziecięcej jako specjalizacji. My jesteśmy małą specjalizacją – nie będę wchodzić w różne problemy, które nas dotyczą, bo każdy je ma… Natomiast, problem jest zasadniczy – być albo nie być kardiologii dziecięcej.

W 2012 r. kardiologia wypadła jako specjalizacja deficytowa – wszystko jedno, jak ją zwał – ale przy okazji wypadła również kardiologia dziecięca. To stało się niejako z automatu, dlatego, że ludzie nie rozróżniają, że to są zupełnie dwie różne rzeczy.

Mówiliśmy o standardach amerykańskich, że onkolodzy dziecięcy żyją krócej, natomiast jeśli chodzi zarobki, to w Stanach Zjednoczonych kardiolodzy dziecięcy są najniżej płatną specjalnością, a kardiolodzy dorosłych są najlepiej płatni. I to mniej więcej pokrywa się z tym, co jest w naszym kraju. Natomiast to, co się stało, jest dla nas dramatem i grozi katastrofą, która odbije się w Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia, bo kiedyś nas zabraknie. Aktualnie – podaję liczby – jest nas 177. Jest potrzeba wykształcenia 77 kardiologów dziecięcych, których nie ma, bo nikt się na to nie decyduje. Jest 17 kardiologów interwencyjnych, czyli tych, którzy leczą interwencyjnie wrodzone wady serca. Proszę pamiętać, że dzisiaj ponad połowa wrodzonych wad serca jest leczona przez kardiologów interwencyjnych. Z tych 17 kardiologów interwencyjnych tylko 7 jest w wieku poniżej 55 roku życia, czyli, mówiąc krótko, wymieramy.

Krótki i prosty apel. Jest konieczność… My piszemy kolejne pisma do ministerstwa i kolejny raz dostajemy odpowiedź, że w ogóle nie ma problemu. Problem jest bardzo duży, i będzie bardzo kosztowny. Już dzisiaj wykonanie operacji kardiochirurgicznej czy diagnostyki za granicą jest 3-4-krotnie droższe niż w dobrze postawionej i dobrze rozwiniętej kardiologii dziecięcej, którą mam przyjemność reprezentować. To tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za te wszystkie głosy, które znakomicie uzupełniły wypowiedzi pana ministra i pana prezesa. Otwieram dyskusję. Od razu powiem, że jest już kilka zgłoszeń. Widzę kolejne.

Po pierwsze, chciałbym bardzo podziękować za te rzeczywiście szczegółowe materiały. Dziękuję, panie ministrze. Dziękuję bardzo za niezwykle interesujące uzupełnienie tych materiałów w wypowiedziach, które przed chwilą usłyszeliśmy. I od razu chciałbym o kilka spraw zapytać.

Wydaje się – proszę mnie ewentualnie poprawić – że jednym z elementów kluczowych jest kwestia modelu funkcjonowania opieki pediatrycznej, bo to, o czym państwo mówili, nawet jeżeli chodzi o POZ, też do tego modelu w pewnym sensie należy. Mamy sytuację taką, że z jednej strony jest ustawa, o której nowelizację dopytywała pani prof. Chybicka, pani senator. Od razu odpowiadam. Podkomisja zakończyła prace i niezwłocznie projekt będzie skierowany na posiedzenie Komisji. Patrzę w kierunku sekretarza Komisji – o ile pamiętam, na środę w przyszłym tygodniu zaplanowaliśmy posiedzenie Komisji właśnie w tej sprawie.

Jest to oczywiście jeden z elementów, ale są też inne elementy, o których państwo powiedzieli. Czyli, jest to kwestia, po pierwsze, braku pediatrów, bo, jak rozumiem, nie ma tego problemu, który w różnych dyskusjach czasami też jest podnoszony, zwłaszcza przy okazji przekształceń szpitali w NZOZ, że maleje liczba łóżek pediatrycznych. Z pewnością w wielu miejscach tak jest, bo mam takie informacje, ale rozumiem, że per saldo – per saldo, bo być może gdzieś jest nierównomierne rozłożenie – tych łóżek jest wystarczająco dużo.

Pewnie rzeczywiście należałoby popatrzeć na mapę, panie ministrze, bo w niektórych powiatach ta sytuacja jest dużo gorsza. Pewnie pan będąc posłem też się z tym spotykał. Na dyżurach poselskich słyszymy, że są miejsca, gdzie trzeba jechać kilkadziesiąt kilometrów, bo najbliższy oddział pediatryczny jest oddalony kilkadziesiąt kilometrów od jakiejś miejscowości. Natomiast, jest to kwestia całego modelu, czyli specjalizacji i miejsc na specjalizacje, żeby była pełna zastępowalność pokoleniowa, ale – jak rozumiem – nie tylko. To jest również kwestia tego – mówiąc o modelu – jak funkcjonują poradnie czy jak będą ewentualnie funkcjonować pediatrzy, kiedy wejdą do POZ na większą skalę niż dotychchcas. Jeżeli wejdą, czy to będzie kosztem obecności w szpitalu, ale

też, jeśli wejdą, to na ile przygotowani do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli, mówiąc inaczej, w przychodni – tak, jak kiedyś było w systemie przed 1999 r.

Kiedyś były stosowane różne modele. Proszę wybaczyć, pewnie nie jestem precyzyjny, ale nie konsultowałem tego przed posiedzeniem Komisji. Moi rodzice są pediatrami. Ojciec ma wieloletnie doświadczenie w zarządzaniu – kierował szpitalem przez wiele lat. Model, jaki stosował, polegał na rotacji asystentów, którzy przez pewien okres szkolenia mieli obowiązek pracy właśnie w poradni. Nie wiem, jak ten model poprawić, aby teraz był wydolny. Bo my możemy ustawowo pewne rozwiązania przyjąć, że to będzie dotyczyć POZ, pan minister może zwiększyć liczbę rezydentur – oby zwiększył – ale ja mam cały czas wrażenie, że to jest tylko jedna strona medalu, że inną kwestią jest system funkcjonowania opieki pediatrycznej.

Inną rzeczą, w jakimś sensie również należącą trochę do tego systemu, jest medycyna szkolna. Warto przy tej okazji od państwa usłyszeć, w jaki sposób zmienić to, co mamy obecnie, aby to poprawić i wykorzystać w sensie pozytywnym pewne możliwości, jakie daje kontakt nie tylko pielęgniarki, ale i lekarza ze szkołą. Chodzi tu pewnie o największe szkoły. Na to nakłada się oczywiście kwestia szczepień, ale i wielu innych spraw. Może kiedyś wydawało się nam to anachroniczne, ale – mam wrażenie – w niektórych elementach funkcjonowało lepiej i skuteczniej. Wydaje się więc, że o to warto pytać.

I jeszcze tylko dwie sprawy. W jakimś sensie wiąże się to też z medycyną szkolną. To jest kwestia otyłości, wad postawy i tego wszystkiego, z czym spotykamy się na coraz większą skalę.

Z jednej strony, mamy lekarza rodzinnego, tylko, żeby on mógł zadziałać…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panie przewodniczący, my też chcemy zabrać głos.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale ja… Przepraszam, pani poseł, na poprzednim posiedzeniu Komisji pani mnie strofowała. Pani lubi mnie strofować, ja o tym wiem, ale ja mam takie samo prawo zapisać siebie do głosu. Chyba że pani odbiera mi to prawo i uważa, że mogę być wyłącznie moderatorem i udzielać głosu, na przykład, pani. Wtedy będziemy musieli przyjąć inny regulamin pracy Sejmu. Wydaje mi się, że mam takie samo prawo do zabrania głosu, jak inni. Czasem robię to na początku, czasem w połowie, a czasem na końcu.

Zatem, jeszcze dwie sprawy, pani poseł, szanowni państwo. Wydaje mi się, że ten problem w jakimś sensie jest trudny do rozwiązania, bo żeby wspomniany lekarz rodzinny mógł się przynajmniej tą częścią zająć, to najpierw dziecko musi trafić do niego, natomiast medycyna szkolna funkcjonuje niejako… Nie funkcjonuje – może tak należy powiedzieć. W związku z tym, co robić, aby zrobić nowe otwarcie i podjąć nowe działania, chociażby w kwestii otyłości czy wad postawy.

I ostatnia sprawa, związana już z tym materiałem, który państwo przygotowali. Zastanawia mnie – chciałbym o to zapytać i może pan minister, ale też pani prof. Chybicka będzie w stanie coś powiedzieć z tej racji, że to jest z jej terenu – wyjątkowo duży w stosunku do reszty kraju w wielu dziedzinach – nie twierdzę, że we wszystkich, ale w większości, zdecydowanie wyższy niż średnia krajowa – czas oczekiwania na porady na Dolnym Śląsku. Z czego to się bierze? Warto byłoby to wyjaśnić. Zresztą ten czas oczekiwania, w moim przekonaniu, zwłaszcza w niektórych specjalnościach, jest zbyt długi. Rozumiem, że w pewnym sensie wiąże się to z tymi brakami, jeżeli chodzi o lekarzy, ale prosiłbym o odpowiedź na te pytania. Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, następną osobą zapisaną do głosu jest pani poseł Skowrońska. Później pani poseł Gądek, a następnie pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Chciałabym, panie przewodniczący, odnieść się do pana uwag pod moim adresem. Chcę powiedzieć, że dzisiaj prowadziłam posiedzenie Komisji Finansów Publicznych i ze strony pana kolegów, mimo że równo rozdzielałam głosy, miałam zarzuty, że przewodniczący Komisji nie powinien ze swego przywileju prowadzenia posiedzenia w sposób nadzwyczajny korzystać. Taką rolę mamy w Komisji i jako przewodniczący udzie-

lamy sobie głosu na koniec, aby dać szansę wypowiedzenia się innym. To *ad vocem* pana wystąpienia. To nie jest strofowanie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale my nie kończymy posiedzenia, pani poseł…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

…tylko chciałabym…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…mamy jeszcze półtorej godziny…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

…ale proszę mi teraz nie przerywać! Udzielił mi pan głosu, panie przewodniczący. Pozwolę więc sobie wypowiedzieć się w krótkich słowach, jako że mam kolejne posiedzenie komisji o godzinie 17.00.

Chciałabym się odnieść do tego, uznając, że interesujące były zarówno prezentacja ministra, jak i uwagi naszych gości, które dotyczą opieki nad dziećmi. Chcę prosić pana ministra o wskazanie, jaki model resort proponuje albo jaką formułę po okresie funkcjonowania lekarza rodzinnego od 1999 r. do dzisiaj, bo ta formuła powinna się widocznie trochę zmienić, skoro uważamy, że lekarz rodzinny i lekarz pediatra w tym zakresie opieki nad chorymi powinni mieć swoje szczególne miejsce. Prosiłabym o jedną rzecz, o którą kiedyś prosiłam, bo rozmawiamy o potrzebie środowiska zapewnienia pacjentom określonego wsparcia. Mówimy, między innymi, o badaniach klinicznych niesponsorowanych, mówimy o bardzo wielu rzeczach, ale ja chciałabym pana ministra raz jeszcze namówić do jednej, najprostszej rzeczy – do uregulowania albo takiego kreowania tej opieki w POZ, aby matki z dziećmi niepełnosprawnymi czy osoby starsze z opiekunami mogły być przyjmowane poza kolejnością.

Ja rozumiem wielość problemów w ochronie zdrowia… Nie jestem lekarzem, ale od 1999 r. zajmowałam się wieloma rzeczami związanymi z ochroną zdrowia. A zatem moglibyśmy zacząć od tego najmniejszego, niekosztownego rozwiązania, aby mówić o szczególnej trosce w stosunku do pacjenta, o pokazaniu, jaki model będzie kreowany w przyszłości, jak będzie wyglądać profilaktyka, nie tylko środki zapewnione, czyli przygotowanie określonych standardów w zakresie profilaktyki, na którą przeznaczmy pieniądze.

I do pana przewodniczącego. Oczywiście, też chcielibyśmy mieć posiedzenie na takiej zasadzie, jak pytania w sprawach bieżących – my też mamy zebrane *pensum* uwag, wątpliwości związanych z tym, z czym przychodzą pacjenci do naszych biur poselskich – aby można było je wyspecyfikować, nawet przygotować się odpowiednio, w szczególnej formule, żeby można było zdać te pytania na piśmie i przyjąć taki model, aby z nami można było porozmawiać przy udziale środowiska, które mówi o potrzebach, o tym, że nie będzie określonej liczby specjalistów, że do pewnych rzeczy jesteśmy nieprzygotowani. Myślę, że dyskusję na temat specjalizacji w poszczególnych dziedzinach już odbyliśmy. Czy uznajemy ją za zadowalającą? Myślę, że konkluzja na ten temat była. Ja w tej chwili proszę o pierwszy najmniejszy krok, bez kosztów, i wsparcie resortu w takich działaniach. Myślę, że to najwyższy czas. Proponowałam taką rzecz w roku 2013 r., i chciałabym ją jeszcze dzisiaj ponowić.

Panie przewodniczący, nigdy pana nie śmiałabym strofować. To jest głos w dyskusji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Gdyby pani poseł mogła doprecyzować, czy to ma być jakieś osobne, kolejne posiedzenie, czy dezyderat…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Prosiłabym, żeby pan przewodniczący rozważył sprawę z prezydium, kiedy i jak odbylibyśmy drugą część, bo dzisiaj mamy wiele uwag, wiele wniosków ze środowiska, aby pan minister, poza dzisiejszą odpowiedzią na te pytania, mógł potraktować to jako ważną wskazówkę odnośnie do kierunku i powiedzieć, jak będzie przygotowany, na jakim etapie

i jak ocenia… Bo dzisiaj, sądzę, że minister udzieli nam tylko określonej, kierunkowej odpowiedzi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowne prezydium, koleżanki i koledzy posłowie, panowie ministrowie, szanowni państwo, zaproszeni goście, chciałabym, po pierwsze, podziękować panu ministrowi oraz wszystkim zaproszonym gościom przedstawiającym informację na temat opieki pediatrycznej w Polsce, a szczególnie za tę część, która już wczoraj była przedstawiona przez pana ministra, również w obecności wielu zaproszonych gości, dotycząca opieki pediatrycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na opiekę profilaktyczną, czyli głównie bilanse i szczepienia.

Miło mi to było usłyszeć, a właściwie chciałam, żeby to wybrzmiało – i dobrze, że wybrzmiało to również dzisiaj z ust pana ministra i z ust pana prezesa Pakulskiego oraz przedstawiciela GIS, chyba pana prezesa, ale nie widzę, trochę się spóźniłam – że tak naprawdę, jeżeli chodzi o wykonalność szczepień i bilansów w podstawowej opiece zdrowotnej, jest co najmniej dobrze, szczególnie jeśli chodzi o szczepienia obowiązkowe. Od razu nawiążę do problemu – może część z państwa nie wie, że jestem lekarzem praktykiem – i powiem kilka zdań na temat tego, jak wielkie trudności mamy faktycznie w związku z gwałtownie narastającymi ruchami antyszczepionkowymi, z tym, żeby egzekwować wszczepialność.

Problem jest duży. Jak ktoś tu powiedział – czy 10 minut wizyty profilaktycznej lekarza to dużo, czy mało? I dużo, i mało, szczególnie teraz, żeby matce małego czy większego dziecka – a szczególnie chodzi nam o te maleńkie dzieci, które staramy się szczepić nie tylko według kalendarza obligatoryjnego, ale też wykonywać jak najwięcej szczepień zalecanych – wytłumaczyć, że dr Google, który funkcjonuje w tej chwili jako najlepszy specjalista, nie jest faktycznie najlepszym specjalistą. To jest niezwykle duży problem. I właściwie oczekujemy, i prosimy, żeby przyjąć jakieś wspólne stanowisko i położyć bardzo duży nacisk na edukację, jeżeli chodzi o korzyści wynikające ze szczepienia, a nie odwrotnie. Jest to wielki problem, ponieważ, jeżeli matka, poza jakimiś doniesieniami o kwestii autyzmu i jakichś pseudobadaniach klinicznych, które gdzieś się pojawiały, sponsorowanych w różny sposób, cytuje mi autorytet medyczny, który mając tytuł polskiego profesora w dziedzinie pediatrii, w polskiej telewizji informuje, że dla małego dziecka lepiej jest z powodów immunologicznych, żeby przechorowało grypę aniżeli było zaszczepione, to ja, wiejski lekarz, mam potem wielki problem z tym, żeby matce wytłumaczyć, że jest inaczej. Ja rozumiem… To nie jest konkretny wytyk, ale po prostu jako środowisko musimy mieć konkretne wytyczne do tego, żeby pracować w rejonie.

Wracając do bilansów i szczepień, padło tutaj sformułowanie, że w wieku dziecięcym szkolnym wypada to tak dobrze, bo wykonują to pielęgniarki. Proszę państwa, pielęgniarki wykonują tylko jedną część przesiewową. Żeby bilans mógł być zakwalifikowany i sprawozdany jako wykonany, musi być praca pielęgniarki szkolnej, rodzica lub dziecka, jeśli jest to dziewiętnastolatek, nauczyciela-wychowawcy, pedagoga szkolnego i lekarza, i dopiero to lekarz sprawozdaje pełne wykonanie bilansu. W związku z tym, to nie pielęgniarka wykonuje bilans. Lekarz, kiedy dziecko przychodzi do niego, mam już informację od rodzica, pielęgniarki szkolnej, wychowawcy szkolnego, i dopiero wtedy jest całokształt świadczenia, pełny bilans, który był przedstawiony w sprawozdaniu przez pana prezesa Pakulskiego. To właśnie sprawozdajemy.

Następna sprawa. Nie było tutaj informacji, i pewnie trudno będzie to nam dzisiaj oceniać – aczkolwiek byłoby to bardzo ważne z punktu widzenia zdrowia populacji – jaka jest efektywność wykonywania tych badań. Bo proszę zwrócić uwagę na to, że my rozpoznajemy u dziecka – powiedzmy, że obracamy się w tych dwóch najczęściej wymienianych tu problemach – nadwagę lub otyłość albo wadę postawy. Wada postawy dotyczy praktycznie 75% naszych dzieci bilansowanych powyżej czwartego roku życia. Teraz zaczyna się problem, bo co może dalej zrobić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, najlepiej wykształcony jak to możliwe – czy to lekarz rodzinny, internista, czy pediatra

– z olbrzymią praktyką i dużą wiedzą. Może pouczyć matkę i dziecko o postępowaniu, według własnej wiedzy, a jeżeli to jest już znaczące zagrożenie, kieruje do poradni wad postawy. Jak państwo myślą, jaka jest dostępność do poradni wad postawy w Polsce? Myślę, że to powinno się znaleźć w zapytaniu i informacji pana ministra.

Kolejna rzecz, rehabilitacja – nie ma. Żeby dziecko było poddane prawidłowemu leczeniu, musi być rehabilitowane. Dostępność do rehabilitacji dla dzieci i młodzieży jest bardzo zła. W rejonach, w tak zwanej Polsce powiatowej, mamy dostępność do rehabilitacji najczęściej dla osób powyżej 18 roku życia, a ośrodki rehabilitujące dzieci są w dużych ośrodkach wojewódzkich, z których część rodziców albo z racji kolejki, albo z racji odległości, nie ma możliwości skorzystania.

Teraz płynnie przejdę do tego, o czym mówił również pan przewodniczący i przewijało się to w wystąpieniach wszystkich szanownych przedmówców. System opieki pediatrycznej – o czym było wspominane. Wprowadzamy pediatrów do systemu. Dobrze, to ma wzmocnić system głównie w tym zakresie, że nas jest za mało w podstawowej opiece zdrowotnej. To jest fakt, z tym się nie dyskutuje. Jeżeli jednak nie dojdzie do sytuacji, o której wspomniała pani profesor, że rozszerzymy kompetencje lekarza POZ, jakiekolwiek on ma wykształcenie, to nic z tego nie przyjdzie. Bo co z tego, że podejrzewam, na przykład, guza mózgu, jeżeli jedyne, co mogę zrobić, poza pakietem badań podstawowych, to skierować do lekarza neurologii dziecięcej, gdzie zaczyna się… Owszem, do onkologa. Jedno i drugie, to wielki problem, przepraszam bardzo, w Polsce powiatowej. Podałam jeden przykład. Tu była mowa o astmie i innych rzeczach. Wyeliminowalibyśmy problem oczekiwania, gdybyśmy mieli rozszerzone kompetencje odnośnie do wykonania pewnych badań.

Co więcej, przyczyną – nie będę oczywiście w tym momencie debatować z klinicystami, nie czuję się do tego uprawniona… Ja mówię o zmianach systemowych. Jeżeli do tego nie doprowadzimy, żeby kompetencje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej były rozszerzone, to najlepiej wykształcony lekarz, który by tam trafił, niestety, w pewnym momencie będzie mieć związane ręce. I to jest działanie, na który w tej chwili powinniśmy położyć duży nacisk.

Kolejna sprawa. Padała tu też informacja, że zapełnione są SOR-y i pediatryczne izby przyjęć. Tak prawdopodobnie jest w wielu miejscach w Polsce. Z czym to się jednak wiąże? To jest następne wyzwanie systemowe dla nas, bo wielu rodziców, tak jak i wielu pacjentów dorosłych – to dotyczy wszystkich grup wiekowych – jeżeli ma trafić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a więc zapisać się, być przyjętym w odpowiednim trybie, a następnie dostać skierowanie na pewne badania, wie o tym, że zgłaszając się na SOR lub do izby przyjęć nie będzie czekać. Jeżeli będzie gorączka albo coś i zagrożenie, że potencjalnie może to być sepsa, bo gdzieś kiedyś się pojawiła, ma zrobiony cały pakiet badań w ciągu dwóch godzin. I to jest problem, proszę państwa, wynikający nie tylko z wiedzy lub niewiedzy, czy wygodnictwa pewnej części naszych kolegów. Musimy wziąć to pod uwagę, żeby ograniczyć te sytuacje, żeby SOR i izba przyjęć były dla pacjenta potrzebującego natychmiastowej pomocy, a nie dla pacjenta, który nie chce czekać w kolejkach, a chce mieć wykonany pełen pakiet badań.

I na koniec, króciutko, jeszcze jedna rzecz. Kwestia pacjenta z chorobami rzadkimi i ultra rzadkimi. W pracach parlamentarnego zespołu do spraw chorób rzadkich już kiedyś podnosiłam tę kwestię. Mam nadzieję, że jeżeli będzie uchwalony ten plan dla chorób rzadkich, ta sytuacja będzie rozwiązana. Nam, wszystkim lekarzom w podstawowej opiece zdrowotnej, na dzisiaj też jest potrzebne systemowe rozwiązanie, a więc punkty, poradnie konsultacyjne przynajmniej w każdym województwie, w których lekarz rodzinny czy jakikolwiek inny lekarz POZ będzie mógł w każdej chwili, jeżeli trafi się mu pacjent trudny – a przecież wiadomo, że nikt nie jest alfą i omegą i nie jest w stanie prowadzić pacjenta z ultra rzadkim schorzeniem – żeby w każdym momencie mógł konsultować ze specjalistą w danym zakresie tryb postępowania z tym pacjentem, niezależnie od tego, czy to jest dziecko, czy potem już osoba dorosła, w sytuacjach normalnych, życiowych, czyli przy schorzeniach, z jakimi trafia do nas z innego powodu. To jest bardzo ważne, i mam nadzieję, że ta sytuacja będzie również w naszym systemie rozwiązana.

To faktycznie wiąże się z tym, o czym pani senator mówiła – jakbyśmy mieli uchwaloną ustawę o zdrowiu publicznym, to duża część tych zmian systemowych byłaby wprowadzona. Dlatego mam nadzieję, że mój skromny głos w tym jakże ważnym gremium, w dużym zakresie decyzyjnym, przyniesie nam efekty na przyszłość, żeby poprawić generalnie system opieki, nie tylko nad dzieckiem – co jest oczywiście bardzo ważne – ale nad całym naszym społeczeństwem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, właściwie jestem dość zakłopotana, dlatego, że w tym obszernym materiale zawierającym liczne dane liczbowe, na końcu są tylko dwie takie rekomendacje – poprawa finansowania procedur pediatrycznych oraz ograniczenie czasu oczekiwania na specjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej. I pewnie ten optymistyczny obraz zdrowia dzieci przedstawiony przez ministerstwo bardzo by mnie zadowolił, gdyby nie mój nawyk, żeby sięgnąć do innych danych i porównać z tym, co przedstawia ministerstwo.

Niestety, te porównania wypadają bardzo mało optymistycznie. Otóż, weźmy zgony niemowląt w przeliczeniu na 1000 urodzeń żywych. Mamy tu dość duże osiągnięcia, licząc od roku 1990, ale jednocześnie przy tych znacznych osiągnięciach mamy coraz mniejsze tempo poprawy tych współczynników. Mamy także bardzo duże zróżnicowania terytorialne, jeśli chodzi o te współczynniki, bo czym wytłumaczyć dwukrotnie wyższy współczynnik zgonów niemowląt w województwie dolnośląskim w stosunku do, na przykład, województwa małopolskiego. I to dotyczy nie tylko roku 2012, ale także województwo dolnośląskie wstępuje na końcu tej stawki w ciągu ostatnich 10 lat, a więc od roku 2002. Te współczynniki są wyjątkowo niekorzystne także w województwach śląskim, zachodniopomorskim, lubuskim i podkarpackim. Bardzo to interesujące. Pytanie do pana ministra – czy państwo to badali? Czy jest jakiś szczególny powód, że województwo dolnośląskie odstaje w różnych wskaźnikach jeśli chodzi o zdrowie dzieci?

To jest jasne. Dzieci w Polsce jest coraz mniej i wydawałoby się, że stan ich zdrowia jest lepszy w związku z tym, że jest ich coraz mniej – ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski wynosi obecnie już tylko 19%, gdy jeszcze w latach 80. stanowił prawie 30% – ale to wcale z tego nie wynika. Można powiedzieć, że jeśli chodzi o stan zdrowia tych dzieci, dostęp do usług ochrony zdrowia, z każdym rokiem zwiększają się różnice w poziomie dostępności, a także w stanie zdrowia. Wraz ze zmianami systemowymi nastąpiło znaczne zróżnicowanie, jeśli chodzi o stan odżywienia, stan zdrowia i stan rozwoju dzieci.

Nie widzę, aby w materiałach Ministerstwa Zdrowia, które zostały przedstawione na dzisiejsze posiedzenie, ten problem został w jakikolwiek sposób zanotowany. Mamy tutaj poszerzające się skutki ubóstwa znacznej części społeczeństwa, w tym ubóstwa, które dotyczy w znacznym stopniu dzieci. Nikt z państwa nie wskazał ubóstwa, niedożywienia i złego stanu opieki w grupie dzieci w Polsce, które żyją w niedostatku. Jak liczna jest to grupa? Jest to grupa 12-15% dzieci, dlatego, że ubóstwo w Polsce dotyczy głównie rodzin z dziećmi.

Przechodząc do następnych spraw, warto zwrócić uwagę na to, że ten materiał, który państwo nam przedstawili, opiera się na nieznanych mi źródłach, a na pewno nie ma w nich tych źródeł, które powinny być użyte, a więc, między innymi, licznych badań, które były wykonywane nad stanem zdrowia dzieci i zdrowiem całej populacji. Co wynika z tych badań? Z tych badań wynika bardzo dużo interesujących spraw. Otóż, okazuje się, że najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są urazy i zatrucia, nazywane przyczynami zewnętrznymi, niezamierzonymi. I tutaj można by powiedzieć, że mamy do czynienia z bardzo dużymi zaniedbaniami. 200 tys. dzieci ulega corocznie wypadkom w szkołach – powołuję się na dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Najczęstszą przyczyną chorobową, jeśli chodzi o zgony dzieci i młodzieży – o czym tutaj mówiliśmy – są nowotwory. 13% dzieci w wieku od 0 do 17 lat umiera z powodu nowotworów. Odnotowuje się tutaj pewną poprawę. Jednym z ważnych wskazań jest

poprawa w zakresie kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej, ale zmartwił mnie głos pana profesora. Myślę jednak, że wynika to z tego, że działania naprawcze w tej dziedzinie nastąpiły za czasów śp. pani minister Franciszki Cegielskiej, a potem, zdaje się, że już od kilku lat, tą dziedziną specjalnie się nie przejmujemy.

Wreszcie to, co jest tutaj bardzo istotne i na co trzeba by zwrócić uwagę, a materiał ministerstwa niedostatecznie ten problem uwzględnia. To jest ta informacja, która znajduje się w danych Głównego Urzędu Statystycznego, a która mówi nam o tym, iż ponad ¼ dzieci częściej niż w badaniach, które GUS wykonywał przez 5 laty – wtedy była to mniej więcej 1/5 – choruje obecnie na choroby przewlekłe, zwłaszcza na różnego rodzaju alergie. Niemal co szóste dziecko ma długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami i wymaga ono korzystania z pomocy i dodatkowych urządzeń.

180 tys. dzieci dotyka niepełnosprawność spowodowana wadą wzroku. Prawie co czwarty młody człowiek w wieku 15-19 lat choruje na chorobę przewlekłą. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą także poważnych zaniedbań jeśli chodzi o stan jamy ustnej dzieci. Okazuje się, że około 90% siedmiolatków ma oznaki próchnicy, a wśród dzieci dwunastoletnich ten odsetek jest niewiele niższy.

Jeśli spojrzymy na dane Najwyższej Izby Kontroli z roku 2012, to wynikają z nich podobne wskaźniki. Otóż, okazuje się, że wśród dzieci piętnastoletnich wskaźnik dzieci bez próchnicy wynosi 8,2%, a jeśli chodzi o to, jaka część dzieci objęta jest leczeniem finansowanym ze środków publicznych, to NIK podaje, że w roku 2012 było to 2,96% dzieci w wieku do 18 roku życia.

Chcę jeszcze powiedzieć o kilku sprawach, moim zdaniem ważnych, kierując się tymi danymi, które są zawarte w raportach Głównego Urzędu Statystycznego. Jest to mianowicie problem chorób psychicznych. Wskazuje się tutaj na to, że mamy do czynienia z bardzo trudną dostępnością do lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Stan w tym zakresie nie poprawia się, wręcz przeciwnie, uzyskanie porady psychiatry dziecięcego lub neurologa dziecięcego, także w Warszawie, graniczy z cudem, chyba, że ma się znajomą osobę, która uprawia tę szczególnie ważną specjalność.

Bardzo istotne informacje zawarte są tu w zakresie stanu zdrowia dzieci, który jest pochodną stanu odżywiania. Otóż, okazuje się, że około 15% dzieci przychodzi do szkoły bez śniadania, a obiad spożywa około 70% dzieci. Natomiast w ostatnich latach, po pierwsze, niemal zlikwidowano dofinansowanie wyżywienia dzieci w szkołach albo tak utrudniono dożywianie dzieci w szkołach, że szkoły radośnie przeszły na zamawianie żywności w *cateringu*, a to jest żywność bardzo złej jakości, właściwie zupełnie niekontrolowana, więc skutki są oczywiste, związane przede wszystkim z bardzo rozpowszechnioną otyłością wśród dzieci i młodzieży.

Musi nas także zastanawiać to, że okazuje się, iż tylko 2/3 młodych osób w wieku 15-19 lat miało kiedykolwiek dokonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób ma aktualne wyniki badań robione w czasie ostatnich 12 miesięcy. To by się mniej więcej zgadzało z tym, co wykazuje Najwyższa Izba Kontroli, a także Narodowy Fundusz Zdrowia, że w roku 2012 z 5 mln bilansów zdrowia dzieci i młodzieży wykonano około 1,2 mln. Ja bym jednak chciała, panie ministrze – zadaję to pytanie piąty raz na posiedzeniu Komisji – żeby ktoś mi te cudowne zdarzenia wyjaśnił, skład one się wzięły. Może wobec tego przywołam jeszcze bardzo rozpowszechnione wśród młodzieży między 15 a 19 rokiem życia palenie tytoniu, szczególnie wśród młodych mężczyzn, a także picie alkoholu.

Co z tego wszystkiego wynika? Można by powiedzieć, że z tego wynika – co zresztą zaleca Rządowa Rada Ludnościowa i przedstawia to w założeniach polityki ludnościowej państwa, zatwierdzonej przez Rządową Radę Ludnościową, przyjętą przez II Kongres Ludnościowy i zaakceptowaną przez przedstawicieli ministerstwa – konieczność stworzenia narodowej strategii na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży. To jest sprawa bardzo ważna. Myślę więc, że nie powinniśmy zachwycać się tym, ile milionów wydano na badania, ile kosztują badania i jak one są prowadzone, tylko przede wszystkim powinniśmy zastanowić się nad tym, jakie są potrzeby i co powinniśmy zrobić, żeby ten zawstydzający stan zdrowia polskich dzieci młodzieży poprawić, jakie chcemy przyjąć założenia,

i do jakich wyników dążyć. Bo tego, co pokazują nam obiektywne dane pochodzące z badań całej populacji, nie możemy przyjmować do wiadomości i mówić, że jest dobrze i za chwilę coś zmienimy, więc będzie jeszcze lepiej.

Panie przewodniczący, sądzę, że nasze dzisiejsze obrady, płynące z nich wyniki, powinny być przedmiotem obrad nie tylko Komisji Zdrowia, ale także Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży oraz Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, dlatego, że nie jest to tylko problem choroby. Chore dziecko jest nieszczęściem, nawet wtedy, kiedy postępy w leczeniu są dobre i uzyskuje stabilny stan. Każdy z nas dobrze wie, że chce mieć dziecko zdrowe, i to jest najwyższe szczęście każdego z rodziców czy bliskich osób dziecka. Dlatego sugerowałabym i prosiła, abyśmy odbyli jeszcze jedno takie spotkanie, ale trzech Komisji, i starali się zastanowić, w jaki sposób można, przede wszystkim poprzez profilaktykę i promocję zdrowia, dojść do lepszego stanu. Co to bowiem oznacza, że dzisiaj co czwarte dziecko jest przewlekle chore? To znaczy, że co czwarty dorosły człowiek będzie mieć ograniczoną zdolność wykonywania różnych prac i będzie wymagać także bardzo dużych nakładów jeśli chodzi o ochronę zdrowia. Widać więc wyraźnie, że ten temat, który dzisiaj podejmujemy, gdyby został potraktowany poważnie, może prowadzić do znacznego polepszenia stanu ochrony zdrowia, a także – jak sądzę – istotnego obniżenia kosztów leczenia poprzez niedopuszczanie do stanów zaawansowanych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To już drugi głos dotyczący tego, żeby ponownie zająć się tą tematyką. Ja go oczywiście przedstawię na najbliższym posiedzeniu prezydium Komisji. Myślę, że rzeczywiście może nie tylko warto wrócić do tematu – jak wcześniej mówiła pani poseł Skowrońska – ale też współpracować z dwiema pozostałymi Komisjami merytorycznymi, które ta tematyka powinna szczególnie interesować.

Bardzo proszę, kontynuując dyskusję, oddaję głos… Nie wiem, czy ktoś z zaproszonych gości chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie będę prosić o odpowiedź… Bardzo proszę, w takim razie. Proszę bardzo, pani prezes Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję, panie przewodniczący. Myślałam, że widział pan moje wcześniejsze zgłoszenie. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, specjalista pediatrii drugiego stopnia i lekarz specjalista medycyny rodzinnej.

Jeżeli chodzi o dzisiejsze sprawy, wielu rzeczy nie będę powtarzać, bo wczoraj również było spotkanie w zakresie podkomisji, i przyszłotygodniowe posiedzenie Komisji będzie dotyczyć ustawy o włączeniu dodatkowych pediatrów do POZ. Mimo wszystko, muszę powtórzyć rzeczy, które są fundamentalne.

Po pierwsze, nie ma przywracania pediatrów do POZ, bo pediatrzy w POZ są. W POZ pracuje około 7 tys. pediatrów na około 7 mln dzieci w systemie – 7 mln to jest bardzo zaokrąglona liczba. Jeżeli więc mamy 7 tys. pediatrów i około 7 mln dzieci, to rachunek jest prosty – na jednego pediatrę przypada około 1 tys. dzieci, biorąc pod uwagę wszystkie dzieci do lat 18. Jak wiemy, szczególny okres wczesnorozwojowy, jak i wczesnodziecięcy… Zatem pediatrzy, jeżeli chodzi o kwestię dostępności, są. Oczywiście, problemem jest ich rozłożenie terytorialne, ale na to nie mamy wpływu ani w tej dziedzinie, ani w żadnej innej, dlatego, że w tym zakresie nie ma regulatorów. Jeżeli więc chodzi o pediatrów w POZ, to oni są z systemu zastanego.

Odnośnie do dodatkowych pediatrów, to są pytania, które będą padać na przyszłotygodniowym posiedzeniu Komisji, panie przewodniczący – ilu pediatrów może wyjść z systemu szpitalnego i przejść do POZ. To jest bardzo istotne, jeśli chodzi o zmianę ustawową, bo dopiero to ma cel i sens. Natomiast, jest tu jeszcze kilka innych zagrożeń. Myślę, że to jest temat na przyszłe posiedzenie Komisji.

Odnośnie do danych, chciałabym uzupełnić jedną daną. Panu ministrowi serdecznie dziękuję za wszystkie statystyki, bo bez nich jest najtrudniej wszystko pozbierać, natomiast pozwolę sobie przekazać dane z Narodowego Funduszu Zdrowia – tę sprawę już przekazywaliśmy sejmowej Komisji Zdrowia – w związku z prowadzonymi sprawami i rozmowami dotyczącymi kolejek. Jest to korzystanie ze świadczeń POZ. Jest to statystyka, którą przekazano nam w NFZ – nam, świadczeniodawcom – dokładnie 12 lutego

2014 r., gdzie przede wszystkim jest pokazana liczba świadczeń przypadających na jednego zadeklarowanego w przedziałach wiekowych.

Bardzo dziękuję panu prezesowi za te dane – prosiliśmy o nie na wcześniejszym spotkaniu, jeżeli chodzi o stan zabezpieczenia, również pediatrycznego – dotyczące tego, ile porad w podstawowej opiece zdrowotnej udziela się, na przykład, dziecku w przedziale wiekowym 0-1, 0-2. Oczywiście, mówimy o średniej ilości.

Szanowni państwo, diagram, który przekażę panu ministrowi, jest jednoznaczny. W pierwszym i drugim roku życia średnio każde dziecko w Polsce uzyskuje 11-12 porad lekarza POZ, i to niezależnie, czy to jest pediatra, czy lekarz rodzinny. Bo lekarz rodzinny, który w tym zakresie jest szkolony, ma również zakres opieki pediatrycznej. Nie można oceniać, że w POZ tylko pediatrzy zajmują się dzieckiem. Lekarz rodzinny też jest do tego przygotowany. Tak więc przekazuję te dane w obecności pana prezesa – to nie są moje dane, jest tu nagłówek Narodowego Funduszu Zdrowia, bo to był cykl danych, które otrzymaliśmy w związku z systemem kolejkowym – gdzie jest problem, jaki jest problem i jak wygląda w przypadku dzieci.

Oczywiście, pomijam fakt, który my często podnosimy, że ten przedział wiekowy 0-2 jest najmniej dofinansowany. On jest wręcz niedofinansowany, dlatego, że ta ilość porad, niestety, w tych przedziałach finansowych pewnie będzie musiała ulec… Ale to sprawa na później.

Drugi przedział wiekowy jest w granicach 6 roku życia, kiedy statystycznie na każde dziecko w Polsce przypada 6-7 porad lekarskich w roku. To są zabezpieczone dzieci w przedziale wiekowym od 0 do 6. Potem, oczywiście, jest przedział do 19 roku życia, kiedy systematycznie spada liczba wizyt, ale spada też chorobowość, a potem jest wzrost, który obserwujemy w systemie kolejkowym. Od 40 roku życia te dane znowu rosną, czyli ilość konsumowanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Charakterystyczne jest to, jak są zabezpieczone dzieci w POZ. Dzieci w POZ, przez lekarza POZ – pediatrę czy lekarza rodzinnego – są zabezpieczone w pierwszych 2 latach poprzez 12 porad średniorocznie. Oczywiście, te dane przekażę… Proszę? Tak więc należy obalić mit, że POZ nie opiekuje się malutkimi dziećmi, niezależnie od finansów. To było zresztą tematem rozmów, jeszcze z panią prezes Pachciarz, i to, że za bilanse i szczepienia będzie dodatkowe finansowanie, właśnie z tego powodu, że tutaj mamy obszar niedofinansowania. Tak więc, to jest pierwszy mit.

Drugi mit, że nie ma pediatrów. Bardzo dziękuję. I trzecia sprawa. Czy lekarze POZ widzą otyłość wśród dzieci? Tak, to ja poruszyłam sprawę wf-u i kwestię niećwiczenia przez dzieci na tych lekcjach. To ja bombardowałam ministerstwo prośbami o wsparcie. Odbyły się, panie przewodniczący, posiedzenia Komisji z udziałem Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki, i podkomisji, gdzie wskazywaliśmy, dlaczego mamy otyłość wśród dzieci. Z jednej strony, są to sklepiki i żywność, która wiele pozostawia do życzenia. A z drugiej strony, unikanie wf-u, i to nie dlatego, że wf jest zły, tylko dlatego, że on w ministerstwie – mam odwagę to powiedzieć – został źle usankcjonowany. Ocena, która rzutuje na ocenę na świadectwie – i tu prośba, żeby to zmienić. To jest kwestia niedopracowanych programów, ale, panie przewodniczący, z racji godziny nie chcę się powtarzać, chociaż dobrze, żeby goście, którzy tu są, w takich posiedzeniach również brali udział, bo to zarówno państwo, jak i my… Tę Komisję państwo powołali, a my aktywnie wskazaliśmy problemy – właśnie lekarze rodzinni. Dlaczego? Dlatego, że to właśnie do nas trafia problem z dzieckiem, problem matki, która ma problem z oceną, z wf-em, bo dziecko nie ma się gdzie wykąpać. Często wf polega na ośmiu okrążeniach boiska. To trafia do nas, lekarzy rodzinnych, bo my te dzieci znamy – do lekarzy rodzinnych posiadających specjalizacje zarówno z pediatrii, jak i z interny, czy inne specjalizacje. To jest kwestia otyłości.

Jesteśmy za wszelkimi programami. Chcielibyśmy wiedzieć, jakie programy państwo szykują. Podobno jakichś programów nie chcieliśmy realizować. Ja z chęcią do tych programów wrócę. Chcę wiedzieć, jakich nie realizowaliśmy i kiedy, dlatego, że odnośnie do realizacji programów, po pierwsze, jest kwestia rozbudowy pewnych działań profilaktycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Nastawienie na walkę z otyłością. Walka z wadami postawy – o tym mówimy od wielu, wielu lat. Nie chcę powtarzać tego,

co powiedziała pani poseł Gądek, ale mamy problem zarówno z poradnią rehabilitacyjną, jak i z fizjoterapią, żeby je włączać. Oczywiście, my to wskazujemy, i w bilansach to jest.

Oczywiście, nie będę mówić o bilansach, o których mówiła również pani poseł, ale chcę rozwiać mit, że to pielęgniarka wykonuje bilanse. Potwierdzam – nigdy w życiu. Bilans to koordynacja, współdziałanie całego zespołu, poczynając od pielęgniarki, która inicjuje wydanie badania, poprzez rodzica, który ma obowiązek stawić się z dzieckiem, poprzez szkołę, i dopiero wtedy bilans jest zakończony.

Chcę rozwiać następny mit, po raz kolejny zgłaszany przez panią prof. Hrynkiewicz. Pani profesor, jeśli chodzi o dane, które były tu prezentowane w zeszłym roku, że lekarze wykonali tylko 1 mln bilansów, po raz kolejny chcę powiedzieć, że oni nie wykonali, tylko sprawozdali do NFZ około miliona bilansów. Z czego to wynika? Niestety, po raz kolejny muszę się do tego odnieść. Z tego, że były pewne uwarunkowania sprawozdawcze. W tej chwili te sprawozdania się zmieniły, również po naszej inicjatywie, dlatego, że można było sprawozdać tylko jedno świadczenie – albo szczepienie, albo bilans. Biorąc więc pod uwagę, że statystyki sanepidu przede wszystkim wskazywały na kwestię szczepienia – bo to jest rozliczenie się ze szczepionki, z obowiązku ustawy – więc pierwszym produktem, jaki był wykonany i sprawozdany, było szczepienie. W momencie, kiedy wysyłaliśmy dwa produkty, żaden się nie wczytywał do systemu. W tej chwili, również po interwencji w NFZ, to zmieniliśmy. Proszę więc używać tych statystyk nie jako statystyk wykonania, tylko jako statystyk sprawozdania tych świadczeń. To, jeżeli chodzi o bilanse.

My również wystąpiliśmy do Instytutu Matki i Dziecka odnośnie do sprawozdawczości dotyczącej bilansów. I tu w pełni zgadzamy się ze stanowiskiem ministerstwa – są one wykonywane w granicach od 89% do ponad 90%. Bilanse w Polsce są wykonywane. Problem, który tu tylko przemyka, leży gdzieś zupełnie indziej – w edukacji prozdrowotnej i zdrowotnej naszych obywateli. Co z tego, że ja wskażę, że dziecko ma wadę postawy czy próchnicę, o której tu była mowa? Problemem jest świadomość rodzica, co z tym dalej zrobić. Świadomość albo mój przymus. Od razu mówię, że nie mam narzędzi przymusu, żeby rodzic wdrożył bilans w życie – może chcieć, ale nie musi.

Teraz – przywoływane sczepienia i bilanse w szkołach. Z całym szacunkiem, proszę o tym zapomnieć z jednego powodu. Otóż, w tym budynku powstało prawo mówiące o tym, że na bilans i szczepienie rodzic przychodzi z dzieckiem. Nie wrócą czasy – a ja pracuję w tym zawodzie ponad 25 lat, więc to przerabiałam – kiedy szłam do szkoły i szczepiłam całą klasę. Dzisiaj proszę o tym zapomnieć, bo nie wolno mi dotknąć dziecka bez zgody rodzica. Przy szczepieniach nieletnich dzieci, tak naprawdę, musi być ich opiekun prawny, opiekun faktyczny. To są rzeczy, o których nie możemy mówić, ale musimy mówić o edukacji rodzica od urodzenia.

Do tego też nie chcę wracać, bo już o tym mówiłam – o książeczce zdrowia nie tylko dziecka, ale na całe życie. Myślę, że w tej sali też stanie ten temat, żebyśmy edukację prozdrowotną zaczynali od urodzenia… Wiem, panie przewodniczący, kończę.

Chcę podziękować pani profesor z onkologii. Jesteśmy w trakcie rozmów – może uchylam rąbka tajemnicy – dotyczących właśnie rozszerzenia badań diagnostycznych, bo cały czas mamy w tyle głowy tę onkologię. Tak więc, chcę powiedzieć, i bardzo dziękuję, bo my w POZ mamy związane ręce, tak jak mówi pani poseł – nic nie możemy więcej zrobić. Co z tego, że ja mam „dwójkę" z pediatrii, jeśli nie mogę zlecić zwykłego „echa", choć słyszę, że ma szmerek. I co z tego? Stawiam go do wielomiesięcznej kolejki.

Jeżeli chodzi o kwestię chorób przewlekłych i alergii – już kończę, tylko patrzę, co jest dla mnie najbardziej ważne – do tego też muszę się odnieść. Proszę państwa, niestety, system finansowo-rozliczeniowy w Narodowym Funduszu Zdrowia powoduje, że pewne rozpoznania muszą być stawiane. My w naszym zakresie często widzimy nadrozpoznawalność wielu schorzeń, niestety. Zgadza się? Zgadza się. Niestety, często rozpoznawanie jest albo do procedury, żeby sprawozdać w NFZ, albo, żeby wypisać jakiś lek, bo, zgodnie z charakterystyką, jeśli pacjent nie będzie mieć astmy albo atopowego zapalenia czegoś, to ja tego leku nie mogę zastosować. Tak mówi prawo. Powiem więc, że mowa o tym, że nam nagle przyrosło Bóg wie, ile chorób, jest bardzo ograniczona... My to w POZ widzimy, kiedy jest ta nadkonsumpcja.

Tak więc, panie przewodniczący, myślę, że nie będę już państwa zanudzać, bo to są sprawy na niejedno posiedzenie Komisji. Bardzo dziękuję, bo pan przewodniczący umożliwił przeprowadzenie wielu posiedzeń Komisji w tym zakresie, i liczę na kolejne, żebyśmy mogli te mity obalać, ale też wyciągać wnioski, jak zdrowo chować dzieci od urodzenia i żyć do późnej starości. Zatem, potrzebna jest konstytucja zdrowia, czyli ustawa o zdrowiu publicznym. Jesteśmy tą stroną, która również złożyła w tej sprawie wniosek. Bardzo serdecznie dziękuję. Jak zawsze, jesteśmy do dyspozycji w tym zakresie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. O charakterystyce produktu leczniczego była nawet dyskusja na sali plenarnej przed tym posiedzeniem Komisji. Ja, w podobnym duchu jak pani prezes, na pewne sprawy zwracałem uwagę.

Bardzo proszę, pani się zgłaszała.

Przewodnicząca Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego Maria Libura:

Maria Libura, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego. Myślę, że tutaj padło wiele trafnych uwag, natomiast, postanowiłam się zgłosić, żeby ostatnim akcentem w dyskusji nie był głos, który w jakimś sensie stwierdza, że tak naprawdę złemu stanowi zdrowia dzieci winni są rodzice, bo wydaje mi się – niezależnie od intencji, które zapewne takie nie były – że byłoby to niedobre i bardzo krzywdzące dla rodziców. A mówię to jako reprezentant stowarzyszenia rodziców dzieci z bardzo rzadką, ciężką, przewlekłą chorobą…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja tylko przekażę jedną uwagę. Na początku kwietnia – pierwotnie miało być pod koniec maja – odbędzie się posiedzenie Komisji specjalnie poświęcone chorobom rzadkim.

Przewodnicząca Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego Maria Libura:

Tak. Natomiast, ja chciałam właściwie tylko to podkreślić i zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Było tu bardzo dużo mowy na temat profilaktyki. Mogę państwu powiedzieć, że profilaktyka nie działa na bardzo banalnym poziomie. Tutaj słyszymy o bilansach, o raportowaniu, gdzie jest problem. Tabelki Excela mogą się zgadzać, ale co z tego, jeżeli w szkole nie ma ławek odpowiedniej wysokości i nikt nie pilnuje… To jest ziemia niczyja, bo nikt nie poczuwa się do tego, żeby dopilnować, aby klasy szóste nie siedziały w klasach I-III. To się naprawdę zdarza.

Po drugie, to, że świadczenia specjalistyczne są tak trudnodostępne, ma różne dziwne skutki. One są jak banany w stanie wojennym, albo jak papier toaletowy w owym czasie, czyli, jak już się zapiszemy, to bardzo się cieszymy, że je dostaniemy… W przypadku chorób przewlekłych, nie tylko rzadkich, ma to taki skutek, że rodzice mają w miesiącu, na przykład, cztery różne wizyty w różnych terminach i u różnych specjalistów. Proszę mi wierzyć, że to dezorganizuje życie rodziny i jest jedną z przyczyn, dla których jeden z rodziców dziecka przewlekle chorego jest wypychany z rynku pracy. Czyli ma to skutek nie tylko dla systemu opieki zdrowotnej – jak mówimy, że jest ciężka dostępność – ale też rzeczywiste przełożenie na gospodarkę. Myślę więc, że rozmawiając o reformie systemu ochrony zdrowia trzeba zwrócić uwagę właśnie na to, że organizacja zapisów powinna być taka, aby nie utrudniać i dodatkowo nie obciążać rodzin, które już borykają się z takimi trudnościami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie widzę więcej zgłoszeń. Panie ministrze, oddaję panu głos. Oczywiście, panie ministrze, może też pan przekazać głos swoim współpracownikom, jeżeli tak będzie panu wygodnie. Proszę dowolnie decydować…

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo serdecznie chciałbym podziękować za wszystkie głosy w dyskusji. Te głosy są związane z troską o nasze dzieci,

a także o system opieki zdrowotnej nad dziećmi. Oczywiście, system jest niedoskonały – nie ma doskonałych systemów – ale na tyle, na ile nas stać, ten system działa. I muszę powiedzieć, że nie tak źle działa. To pierwsza sprawa.

Druga. Poruszano tu wiele spraw dotyczących lekarzy pediatrów. Muszę powiedzieć, że stworzyliśmy nowy model specjalizacji z zakresu wąskich specjalności pediatrycznych. Były dość burzliwe dyskusje – patrzę na panią profesor – i stworzono nowe wąskie specjalizacje z zakresu pediatrii. Chciałbym jednak podkreślić, że nie ma chętnych do specjalizacji z ogólnej pediatrii. Dlatego też w tych wąskich specjalnościach stworzyliśmy moduł pediatryczny – wydłużyliśmy ten moduł do trzech lat, żeby ten, kto jest pulmonologiem pediatrycznym, alergologiem pediatrycznym czy diabetologiem pediatrycznym, był…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, proszę mi wybaczyć, wyjątkowo wejdę panu w słowo, bo myślę, że to jest istotne. To oczywiście dotyczy pediatrii, ale nie tylko.

Czy państwo w ministerstwie rozważają zmianę systemu specjalizacji? Pamiętamy wszyscy w gronie medycznym, jak było kiedyś. Robiło się specjalizację dwustopniowo. Była kwestia dalszej edukacji, po specjalizacji… Bo biorąc chociażby pod uwagę ten powrót do POZ, ale nie tylko – i dotyczy to zarówno pediatrów, jak i internistów – pojawia się jakiś problem właśnie przez to wąskie specjalizowanie się. Czy to rzeczywiście będzie tylko kwestia wydłużenia tego modułu, czy czegoś innego? Czy państwo rozważają jeszcze jakieś inne formy, czy zostanie tak, jak jest? Czy pan minister mógłby coś powiedzieć na ten temat?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Kierunek jest taki, żeby skrócić cały proces specjalizacji. Specjalizacje dzielą się na jednomodułowe i dwumodułowe. I chodzi o to, żeby w tych specjalizacjach dwumodułowych skrócić moduł specjalistyczny. W tym kierunku idziemy. Nie chcemy również rozdrabniać wąskich specjalizacji. Jest tendencja do zawężania specjalizacji.

Następna sprawa. Poruszana była tutaj sprawa medycyny szkolnej. Muszę powiedzieć, że – tak jak powiedziała pani prezes – medycyną szkolną zajmują się lekarze POZ i pielęgniarki. Natomiast, jeżeli chodzi o otyłość, to mamy programy, które dedykujemy szkołom. Te programy są opracowane wspólnie z Ministerstwem Edukacji Narodowej, a także z Ministerstwem Sportu i Turystyki. Jeżeli chodzi o atrakcyjność zajęć wychowania fizycznego, to Ministerstw Edukacji Narodowej przyznało, że ona nie jest dobra.

Ważną sprawą jest to, jaki ma wyglądać opieka pediatryczna w POZ. Finalizujemy pracę na ten temat i Wysoka Izba tę informację uzyska w Komisji. Myślę, że w najbliższym tygodniu zarys pracy będzie przekazany Komisji Zdrowia i całemu parlamentowi.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Ja w odniesieniu do słów pana ministra. Muszę powiedzieć, że jako lekarz bardzo ubolewam, że powoli zaczyna nam brakować lekarzy ogólnie wykształconych. Następuje takie rozdrobnienie specjalizacji, że niedługo będziemy mieć ortopedów od lewej ręki i od prawej nogi… W związku z powyższym, sytuacja jest trochę absurdalna, ale, panie ministrze, wrzucę kamyczek do ogródka ministerstwa. Podam przykład nie z pediatrii, ale z interny – czyli bardziej ogólnej dziedziny nie możemy wymyślić – gdzie na województwo kujawsko-pomorskie przyznano na ten rok jedno miejsce specjalizacyjne, mimo że – z tego, co wiem – jest kilkanaście osób chętnych. To jest przykład na to, że ministerstwo nie do końca i nie zawsze pomaga w tym problemie, o którym przed chwilą tutaj mówiliśmy.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, w rozdaniu jesiennym było 500 miejsc rezydenckich. Preferowaliśmy pediatrów i dlatego większość miejsc rezydenckich w rozdaniu jesiennym dostali pediatrzy i po jednym miejscu lekarze rodzinni. Było 500 miejsc. Natomiast zwykle więcej miejsc jest w sesji jesiennej, bo globalnie dysponujemy około 2,5 tys. miejsc rezydenckich. Są jednak formy specjalizacji pozarezydenckie, gdzie mamy niewykorzystane

wolne miejsca do realizacji specjalizacji w miejscach porezydenckich. A jeżeli chodzi o te duże specjalizacje, takie jak pediatria i interna, to mamy zwroty, bo nawet w tym dużym rozdaniu nie ma chętnych do specjalizowania się z ogólnej interny i ogólnej pediatrii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, sprawa jest ważna. Czy mógłby pan doprecyzować, co pan rozumie pod podjęciem „specjalizacji pozarezydenckich" – jaka to byłaby forma – i, oczywiście, kwestię związaną z odpłatnością?

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

W ramach zatrudnienia lub w ramach wolontariatu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

I właśnie tu jest problem, panie ministrze. Kiedyś to trochę inaczej funkcjonowało. Myślę, z całym szacunkiem, że jeżeli jest postulat skrócenia kolejek zgłoszony przez premiera do zrealizowania przez ministra, to nie da się tego zrobić bez uwolnienia możliwości specjalizacji. Prosty przykład. Jeżeli jest kilkunastu chętnych, żeby robić specjalizację z interny, a jest jedno miejsce, to należy tym osobom to umożliwić. Inaczej stwarzamy wąskie gardło i sami sobie utrudniamy możliwość poprawy. Oczywiście, nie od razu, bo wiadomo, że nikt od razu kolejek nie skróci, ale za kilka lat będzie więcej specjalistów, będzie większa możliwość. Tak więc, panie ministrze, myślę, że to też jest jeden z tematów, o których warto w Komisji porozmawiać. Jeżeli państwo potrzebują wsparcia, podjęcia uchwały czy dezyderatu ze strony Komisji, to my to chętnie zrobimy. Z pewnością państwo będą mieć sojuszników i nasze wsparcie u ministra finansów. Bardzo proszę, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Tym razem już bardzo króciutko. Panie przewodniczący, panie wiceprzewodniczący, bardzo dziękuję za te głosy. Myślę, że należy jeszcze doprecyzować wnioski dla ministerstwa, skoro właśnie pracuje nad tą kwestią.

Po pierwsze, w ogóle musimy zwiększyć liczbę kształconych lekarzy, bo jest nas za mało w każdej dziedzinie. To nie jest żadna tajemnica. W związku z tym i nabór na wyższe uczelnie powinien być większy. Tak mi się wydaje. Na dodatek, kształcenie specjalistyczne – tak. Nie zapomnijmy jednak, że, po pierwsze, nie chodzi o liczbę chętnych do specjalizowania się w danym zakresie, tylko wynikające z wyliczeń ze strony Ministerstwa Zdrowia potrzeby w danej dziedzinie, w danym regionie. To powinien być wyznacznik limitowy, a nie miejsca przydzielone w ten sposób – jedno, dwa, trzy… Mamy wyznaczone ustawowo specjalizacje priorytetowe i wiemy, które są deficytowe, w związku z tym kierujmy się priorytetem i deficytem jednocześnie. To jest druga sprawa.

I na koniec, pamiętajmy, żeby w tym wszystkim – w tych bardzo wąskich i tych szerokich specjalizacjach – nie zgubić pacjenta, człowieka jako całości. Żebyśmy w tym systemie jednak pamiętali o tym, że w POZ – bo tak jest to stworzone – był lekarz, który będzie dbać o dobro całego człowieka, a nie tylko leczył jego poszczególne narządy.

Natomiast, jeszcze jedna sugestia. Tu pan profesor, kardiolog dziecięcy, powiedział bardzo ważną rzecz w aspekcie toczącej się dyskusji na temat wprowadzenia internistów pediatrów do POZ. Jest za mało pediatrów. Chcemy ich wpuścić do POZ – proszę bardzo. Nie wiem, czy nie szkoda potencjału kształcenia tegoż lekarza, bo inaczej system wygląda, a jednocześnie nie mamy miejsc specjalizacyjnych, które są nam bardzo potrzebne jeżeli chodzi o wąskie specjalizacje. W związku z tym dobrze by było, żeby te wszystkie sugestie, myśli, może trochę nieuczesane, ale wynikające z praktyki i wiedzy, były wzięte pod uwagę przez ministerstwo przy modyfikowaniu tego systemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan minister, a później pan profesor, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Chciałbym powiedzieć, w jaki sposób następuje podział tych miejsc, szczególnie rezydenckich. Po prostu zwracamy się do wojewodów z pytaniem, jakie są potrzeby kadrowe

jeżeli chodzi o lekarzy i specjalności w danym województwie. Pod te potrzeby wojewoda otrzymuje miejsca rezydenckie. Dysponentem tych miejsc staje się wojewoda. I bardzo często tak się zdarza, że kiedy nie ma chętnych, na przykład, na specjalizację z medycyny rodzinnej czy z innych specjalności, to wojewoda przyznaje miejsce innej specjalności.

Gdy zrobiłem analizę roku 2013, okazało się, że najwięcej specjalizacji i rezydentur było z radiologii – na pierwszym miejscu w całej Polsce, na drugim – z kardiologii, a na trzecim – z okulistyki, ale miejsca, które były niewykorzystane, wykorzystywali wojewodowie w ramach swojej puli miejsc. Minister nie dzieli, nie może bezpośrednio udzielić rezydentury. Dzielą to wojewodowie. Minister daje tylko miejsca wojewodom pod potrzeby zdrowotne w województwie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze – zanim oddam głos panu profesorowi – proszę wybaczyć, ale trudno mi się do tego nie odnieść. Nie może być tak, że ministerstwo – przepraszam za takie wyrażenie – umywa ręce i nie wchodzi w szczegóły rozdziału rezydentur, potrzeb itd., tym bardziej, że – jak pan widzi, przykład z kujawsko-pomorskiego, i tylko jednej dziedziny – te potrzeby są inne niż przyznawane miejsca. Zatem, nie tyle chcę wierzyć, ile nie bardzo to wszystko rozumiem. Myślę, że wymaga to być może osobnego zajęcia się tą tematyką i z pewnością większej liczby rezydentur i aktywności ministerstwa.

Bardzo proszę, pan profesor, a później pani profesor – widzę, że pani się zgłasza.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci Zbigniew Doniec:

Proszę państwa, chciałbym powiedzieć coś optymistycznego. Otóż, działalność pediatrów i ministerstwa spowoduje, na przykład, w mojej dziedzinie, że skrócą się kolejki. A dlaczego? Powiem od razu.

Dziecko chore na astmę było dotychchzas leczone u pulmonologa, ale było uczulone, na przykład, na roztocze kurzu domowego i było leczone u alergologa, bo jest taka procedura, która nazywa się odczulanie, czyli swoista immunoterapia. W nowym programie – oczywiście, jeżeli zostanie zaakceptowany – ta jedna procedura, która absorbuje około 70% czasu alergologów i powoduje, że te kolejki są długie, stanie się procedurą w zakresie chorób płuc dzieci. Czyli dziecko będzie leczone z powodu astmy i ta jedna metoda, która była gdzieś obok, będzie również w tej specjalizacji. Czyli, innymi słowy, dziecko nie będzie musiało czekać i leczyć się na astmę u pulmonologa, a na alergię leczyć się u alergologa. Będzie to w jednym miejscu. To są konkretne działania, które – tak naprawdę – wprowadzenie programu specjalizacji zmieniło. Czyli, kolejki się skrócą.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii Anna Dobrzańska:

Dziękuję bardzo za głos. Nie chciałabym, żeby pozostało takie wrażenie, że ministerstwo umywa ręce od polityki kadrowej w poszczególnych województwach. Chcę powiedzieć, że…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani profesor, proszę nie bronić pana ministra. My go nie atakujemy, a on sam doskonale sobie poradzi. Naprawdę…

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii Anna Dobrzańska:

Panie przewodniczący, ja bronię siebie. Ja chcę bronić siebie, dlatego, że zadanie, jakie jest postawione przed konsultantem krajowym – bodaj jedno z najpoważniejszych – to właśnie współpraca z konsultantami wojewódzkimi i, między innymi, z wojewodami – choć tu już jest trudniej, nie wiem, czy tylko mnie czy i innym konsultantom – w tym, aby jak najbardziej precyzyjnie ocenić potrzeby kadrowe nie tylko w danym roku, i wystąpić o określoną liczbę rezydentur – bo to na wniosek konsultanta krajowego przyznawane są rezydentury – ale i w perspektywie bliższej i dalszej. Dlatego prosiłam o ten głos, żeby powiedzieć, że to jest bardzo potężna praca. Wykonuję ją jeżdżąc po wszystkich województwach, licząc wszystkich pediatrów wespół z konsultantami i ordynatorami oddziałów, zapisując ich wiek, prognozując, w jakim czasie będą ustępować w sposób naturalny

z zajmowanych stanowisk. A zatem, prognozuję również te potrzeby kadrowe i to przekazuję rokrocznie ministrowi zdrowia, a nawet dwukrotnie w ciągu roku – bo są dwie sesje rozdania. W tych dwóch sesjach występuję o rezydentury. Zatem, ponieważ mogło to zabrzmieć tak, że nikt nad tym nie panuje, mówię, że tak nie jest.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Bardzo dziękuję. Jeszcze jeden krótki głos, bardzo proszę…

Kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Centrum Chorób Serca Jacek Białkowski:

Króciutki komentarz. Kardiolog dziecięcy nigdy nie mógł dostać rezydentury z kardiologii dziecięcej, bo miał ją z pediatrii. W związku z powyższym, dalej potwierdzam, że kardiologia dziecięca umiera, bo nie miała możliwości się rozwijać. Mam nadzieję, że to się zmieni.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, ponieważ, niestety, nie mamy już kworum, drugiego punktu w dniu dzisiejszym nie zrealizujemy. Jest jednak prośba do pana ministra.

Panie ministrze – à propos odpowiedzi na ten dezyderat – nie ma pani przewodniczącej Beaty Małeckiej-Libery, która była inicjatorem tego dezyderatu, niemniej jednak, jeżeli dobrze pamiętam naszą wspólną komisyjną intencję i odpowiedź, to bardziej nam zależało, oprócz szczegółowego i szerokiego odpisania na dezyderat, na przedstawieniu pewnych planów związanych z kalendarzem szczepień, tak jak to zresztą zostało zapisane w tytule tego drugiego punktu, że chodzi o opracowanie nowej strategii dotyczącej szczepień ochronnych w Polsce. Bylibyśmy więc wdzięczni, panie ministrze – niejako uprzedzając przyszłą dyskusję – za przygotowanie suplementu do tej odpowiedzi. Bardzo o to proszę i zamykam posiedzenie.